

PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA

Urgencias y UCRI SURA

Administración de medicamentos





El protocolo de Administración de medicamentos proporciona los conocimientos necesarios para administrar el tratamiento farmacológico prescrito, con fines terapéutico y diagnóstico. Garantiza a los usuarios que la administración de los medicamentos se realiza de manera segura y oportuna.

CONTENIDO



Haga *click* sobre el título para ir a la página donde está el contenido completo

SECCIÓN METODOLÓGICA

Precauciones

1. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ORAL

2. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA OFTÁLMICA

3. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA RECTAL

4. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRAMUSCULAR

5. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA VENOSA

INSTALACIÓN DE VENOCLISIS.

MANEJO DE CATETER HEPARINIZADO

6. MEDICAMENTOS POR VÍA SUBCUTÁNEA

7. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRADÉRMICA

PRUEBA DE SENSIBILIDAD A LA PENICILINA

SEGUIMIENTO AL PROCEDIMIENTO

SECCIÓN METODOLÓGICA

PRECAUCIONES

- > Lavar las manos (ver Protocolo de lavado de manos).
 - > Administrar el medicamento con orden escrita, nombre completo del paciente y número de la cédula o registro.
 - > Fecha y hora de la prescripción.
 - > Nombre del medicamento que se va a administrar, concentración y presentación.
 - > Dosis, vía de administración y frecuencia.
 - > Consultar cuando la orden no sea clara, cuando se tenga duda sobre el medicamento (dosis, vía, dilución, tiempo de administración).
 - > Evitar distraerse mientras está preparando los medicamentos.
 - > Leer tres veces el rótulo de los medicamentos cuando se saca del almacén, cuando se prepara y cuando va a ser administrado.
 - > Verificar la fecha de vencimiento del medicamento.
 - > No administrar ningún medicamento si el envase carece de etiqueta o es ilegible.
 - > Evitar tocar los medicamentos con los dedos.
 - > Sacar únicamente la cantidad de medicamento ordenada, para evitar devolver restante al envase original.
 - > Si el medicamento cambia de apariencia consultar antes de administrarlo.
 - > Mantener siempre los medicamentos perfectamente tapados y en las condiciones necesarias para su adecuada conservación.
 - > Al paciente con restricción de líquidos, contabilizarle la cantidad administrada con el medicamento.
- 

Recuerde al administrar el medicamento siempre verificar los 5 correctos: paciente, medicamento, dosis, vía y frecuencia.
- > Aplicar los medicamentos inyectables por separado y en diferente sitio (según orden médica).
 - > Agitar el envase antes de medir medicamentos líquidos que se puedan precipitar.
 - > Medir la cantidad exacta del medicamento según la dosis ordenada.
 - > Administrar el medicamento a la hora exacta ordenada por el médico.
 - > Identificar al paciente por su nombre y verificarlo nuevamente antes de aplicar una orden médica.
 - > Notificar de inmediato cualquier error en la preparación o administración del medicamento a la enfermera jefe o al médico.
 - > Si un paciente rechaza la aplicación del medicamento, se debe identificar la causa, insistir y explicar los beneficios y notificar a la enfermera jefe.
 - > Tener presente que la administración del medicamento debe hacerla el personal de enfermería y nunca los acompañantes o el mismo paciente.
 - > Averiguar y asegurarse si a un paciente se le debe omitir el medicamento por determinado examen o procedimiento especial.
 - > Antes de administrar algunos medicamentos se debe cerciorar de las condiciones del paciente (pulso, presión arterial, reflejos, etc.) según el medicamento.
 - > Verificar antecedentes alérgicos al medicamento.
 - > Rotular de nuevo los medicamentos preparados.
 - > Quien prepara el medicamento lo debe administrar y registrar.
 - > Nunca anotar un medicamento en la historia clínica antes de administrarlo.
 - > Registrar en la historia clínica el motivo por el cual no se administra el medicamento.

Administración de medicamentos

Urgencias y UCRI SURA

VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

La vía de administración es el sitio por el cual penetra el medicamento al organismo, y puede ser: oral, tópica, oftálmica, ocular, ótica, nasal, vaginal, rectal, subcutánea, parenteral.

1. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ORAL

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades encaminadas a proporcionar y administrar fármacos al paciente para su absorción por vía gastrointestinal.



Los medicamentos orales pueden ser:

- > **Semisólidas:** pastas.
- > **Líquidas:** jarabes.
- > **Sólidas:** cápsulas, tabletas, píldoras, comprimidos

RESPONSABLE

Este procedimiento debe ser realizado por auxiliar de Enfermería.



ÁREA PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO

Este procedimiento se realiza en el cubículo del paciente.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

- > Guantes
- > Tapabocas
- > Traje de protección (Bata, pantalón, gorro, polainas).

MATERIAL NECESARIO

Carro de procedimientos con:

- > Cubeta estéril
- > Guantes
- > Medicamentos
- > Vaso para servir agua



PRECAUCIONES

- > Evitar la administración de medicamentos por esta vía a pacientes inconscientes y con precaución a pacientes con náuseas, vómito, problemas de boca, garganta o esófago.
- > Ofrecer agua al paciente para pasar el medicamento ya que otro tipo de líquido puede alterar el efecto del medicamento.
- > Dar el medicamento con abundante líquidos para evitar la obstrucción en esófago, excepto en patologías con control de líquidos.
- > Triturar los medicamentos si el paciente es un niño, tiene sonda nasogástrica o dificultad para deglutir.
- > Enseñar y advertir al paciente que el medicamento es de acción local y si es para absorberse en la boca debe dejarse en esta hasta que se disuelva.
- > Evitar la administración de medicamentos con leche, salvo orden expresa del médico.
- > Cerciorarse de que el paciente toma el medicamento antes de retirarse de él.
- > Cuando una tableta esté desecha, puede estar alterada y no se debe administrar.
- > No administrar medicamentos orales con el paciente acostado, se debe dar siempre sentado o semisentado.
- > Observar cualquier reacción del paciente al medicamento y avise

PROCEDIMIENTO

- > Lavar las manos (ver Protocolo de lavado de manos).
- > Verificar nuevamente los 5 correctos.
- > Preparar la dosis prescrita.
- > Ubicar al paciente en posición semifowler.
- > Entregar el medicamento al paciente, comprobar que se lo toma y prestar ayuda si lo precisa.
- > Administrar líquidos para facilitar la ingesta.
- > Acomodar nuevamente al paciente.
- > Realizar el lavado de manos (ver Protocolo de lavado de manos).
- > Consignar el procedimiento en la historia clínica.



CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- > Explicar al paciente el procedimiento a realizar. Darle a conocer el nombre del medicamento, la dosis, vía de administración, posible efectos secundarios e indagar nuevamente si es alérgico.
- > En caso de ser un paciente inconsciente, pediátrico o anciano, explicar lo anterior a su familia o acompañante.
- > Comprobar antes de la administración que no haya cambios en el nivel de consciencia o en la capacidad de deglución.
- > Si la administración del medicamento es sublingual, colocarlo debajo de la lengua.
- > No registrar ningún medicamento en la historia clínica que no se haya preparado y administrado.

2. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA OFTÁLMICA

DEFINICIÓN

Es la aplicación de un medicamento en forma de ungüento o gotas en los ojos.



RESPONSABLE

Este procedimiento debe ser realizado por auxiliar de Enfermería.

ÁREA PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO

Este procedimiento se realiza en el cubículo del paciente.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

- > Guantes
- > Mascarilla quirúrgica
- > Traje de protección (Bata, pantalón, gorro, polainas).

MATERIAL NECESARIO

- > Medicamento (ungüento o gotas)
- > Gasas estériles (apósito)
- > Guantes
- > Riñonera
- > Suero fisiológico
- > Microporo



PRECAUCIONES

- > Emplear un gotero en buenas condiciones.
- > Verificar en cuál ojo se va a aplicar el medicamento.
- > Lavado ocular con solución salina para retirar secreciones y secar.
- > Empezar por el ojo que se encuentre en mejores condiciones o no infectado, cuando es para aplicar en ambos ojos.
- > Evitar que el gotero o tubo del ungüento toque el ojo.
- > Mantener el tubo del ungüento en la mano por unos minutos para calentarlo.
- > Hacer presión sobre el canal lagrimal, ángulo interno, cuando se aplican gotas de sustancias tóxicas como la atropina.
- > Evitar que el paciente se frote los ojos con las manos.
- > Hacer limpieza del ojo, en caso de infección severa, antes de aplicar el medicamento, utilizando guantes.
- > Si hay que aplicar gotas, se debe cambiar el apósito cuando esté indicado.

PROCEDIMIENTO

- > Ubicar al paciente acostado o sentado con la cabeza en hiperextensión.
- > Retirar el apósito si lo hay, levantándolo suavemente y vigilando el estado de la piel.
- > Hacer limpieza externa del ojo, si es necesario, con algodón humedecido con agua estéril, con una torunda cada vez y siguiendo la dirección del ángulo interno hacia el externo si no hay infección. Si hay signos de infección, la limpieza se realiza al contrario.
- > Separar los párpados con los dedos pulgar e índice, haciendo presión sobre los huesos de la órbita.
- > Afirmar la mano que sostiene el gotero sobre la frente del paciente y mantenerlo a unos cinco centímetros del ojo.
- > Pedir al paciente que mire hacia arriba.
- > Dejar caer el número de gotas ordenadas en el fondo del saco conjuntival inferior externo y mantener el ojo abierto por un momento.
- > Hacer que el paciente cierre los ojos y limpiar la parte externa del ojo con algodón.
- > Colocar el apósito según orden médica.



CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- > Explicar el procedimiento a realizar al paciente y su familia.
- > Brindar comodidad al paciente.
- > Observar el estado de la piel al quitar el apósito.
- > Iniciar el procedimiento por el ojo que se encuentre en mejores condiciones o no infectado, cuando es para aplicar en ambos ojos.
- > Evitar que el gotero o tubo del ungüento toque el ojo.
- > Mantener el tubo del ungüento en la mano por unos minutos para calentarlo.
- > Evitar que el paciente se frote los ojos con las manos.
- > Registrar el procedimiento realizado.

3. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA RECTAL

DEFINICIÓN

Es la introducción de un medicamento en el recto a través del ano.

RESPONSABLE

Este procedimiento debe ser realizado por auxiliar de Enfermería.



ÁREA PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO

Este procedimiento se realiza en el cubículo del paciente.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

- > Gafas (si es necesario)
- > Guantes
- > Mascarilla
- > Traje de protección (Bata, pantalón, gorro, polainas)

MATERIAL NECESARIO

- > Medicamentos o solución.
- > Guantes limpios
- > Bolsa roja de residuos
- > Gasas
- > Pato

PROCEDIMIENTO

- > Lavado de las manos (ver Protocolo de lavado de manos) y usar guantes desechables.
- > Colocar al paciente en posición de sims o inglesa (decúbito lateral izquierdo con pierna derecha flexionada por encima de la izquierda).
- > Cubrir el paciente con una sábana de manera que solo queden expuestos los glúteos.
- > Separar los glúteos del paciente con una mano, exponiendo el ano.
- > Pedir al paciente que realice inspiraciones lentas y profundas para relajar el esfínter anal.
- > Introducir el medicamento o la cánula lubricada en (caso de ser un enema) con rapidez pero sin brusquedad y dirigirlo a la pared rectal en dirección al ombligo.
- > Mantener apretados los glúteos del paciente mientras cede el tenesmo rectal para evitar la expulsión de medicamento.
- > Explicar al paciente cómo ponerse nuevamente en decúbito supino.
- > Retirar los guantes, descartarlos en bolsa roja y lavarse las manos (según Protocolo de lavado de manos).



CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- > Explicar al paciente el procedimiento y obtener su consentimiento.
- > Brindar comodidad y seguridad.
- > Observar que la mucosa rectal no esté irritada o con signos de sangrado al aplicar el medicamento.
- > Suspender el procedimiento si encuentra resistencia y notificar inmediatamente.
- > Realizar el lavado de manos siguiendo el protocolo de la Institución.
- > Consignar el procedimiento en la historia clínica.

COMPLICACIONES Y ACCIONES CORRECTIVAS

Dolor e irritación

Permitir al paciente que se quede en decúbito supino por 5 minutos y avisar oportunamente al médico tratante.

Fisuras

Retirar suavemente la cánula con la que se está pasando el medicamento (enemas) y avisar oportunamente al médico tratante.

Reacción vagal

Ubicar al paciente en posición tremdelemburg y avisar inmediatamente al médico tratante.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA PARENTERAL

DEFINICIÓN

Es aquella que introduce el fármaco directamente en el organismo y lo aporta en la circulación sistémica.

Existen 4 formas de administración parenteral:

- > **Vía intramuscular:** I.M
- > **Vía intravenosa:** I.V
- > **Vía subcutánea:** S.C
- > **Vía intradérmica:** I.D

RECOMENDACIONES GENERALES

- > Aplicar el medicamento con aguja diferente a la que utilizó para envasarlo.
- > Administrar los medicamentos teniendo en cuenta de rotar el sitio de aplicación.
- > Diluir bien los medicamentos antes de ser administrados.
- > Proteger la ampolla con el protector antes de romperla para evitar accidentes.
- > Revisar que la aguja esté permeable.
- > La aguja debe ser adecuada al líquido que se va a aplicar, a la vía y al paciente.
- > Aplicar el medicamento lo más rápido posible después de su preparación.
- > Observar al paciente durante el procedimiento y después de la aplicación.

PRECAUCIONES GENERALES

- > Confrontar la orden médica con los datos del paciente y el medicamento.
- > Observar la fecha de vencimiento y presentación del medicamento.
- > Observar que la jeringa y la aguja estén en buen estado para evitar accidentes.
- > No aplicar medicamentos en zona dura, roja o dolorosa.
- > Utilizar agujas de calibres N° 18 o 20 para envasar medicamentos y no aplicarlos al paciente con estos calibres.
- > Tenga precaución de tapar la aguja para evitar contaminaciones.
- > No limpiar la aguja con algodón, ella ya está estéril.
- > Realizar buena desinfección del frasco y del tapón antes de perforarlo.

4. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA I.M.

DEFINICIÓN

Es la introducción de una sustancia a través de la piel hasta el tejido muscular.



Sitios de aplicación de medicamentos por vía intramuscular:

- > Región glútea
- > Región medio externa del brazo (músculo deltoides)
- > Región medio externa del muslo

OBJETIVOS

- > Aplicar sustancias que por su composición química afectan el tejido subcutáneo.
- > Lograr la absorción más rápida.
- > Aplicar mayor volumen de una sustancia que por vía subcutánea sería más dolorosa.

RESPONSABLE

Este procedimiento debe ser realizado por auxiliar de Enfermería.



ÁREA PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO

Este procedimiento se realiza en el cubículo del paciente.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

- > Guantes
- > Tapabocas
- > Traje de protección (Bata, pantalón, gorro, polainas).

MATERIAL NECESARIO

Carro de procedimientos:

- > Cubeta estéril
- > Guantes
- > Alcohol
- > Jeringa de 3ml a 5ml
(según la cantidad de ml del medicamento)
- > Aguja N° 23 x 1 cc de largo y No 21
- > Guardián

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- > Asegurar que el medicamento que va a administrar sí sea para vía intramuscular.
- > Aplicar medicamento intramuscular en región glútea con el paciente acostado en posición ventral o lateral.
- > Aspirar antes de inyectar el líquido.
- > Si sale sangre se retira la aguja, se cambia y aplica la inyección en otro sitio.
- > En caso de aplicar varias inyecciones intramusculares, no mezclar y cambiar de sitio con cada líquido.
- > Si al aplicar la inyección en pacientes demasiado delgados esta choca contra el hueso, se saca la aguja un poco y se aspira de nuevo antes de aplicarla.
- > Tener precauciones al aplicar sustancias que producen manchas en la piel.
- > Utilizar siempre agujas largas en pacientes muy obesos.
- > En los niños utilizar siempre aguja N° 23 x 1 cc de largo.
- > Rotar siempre el sitio de aplicación cuando haya necesidad de colocar más de una inyección al paciente.
- > Nunca aplicar por esta vía más de cinco (5) cc en cada aplicación.

PROCEDIMIENTO

- > Acomodar el paciente en la posición adecuada y de acuerdo con el diagnóstico.
- > Proporcionar al paciente comodidad, seguridad y explicación del procedimiento.
- > Lavado de manos antes y después de terminar el procedimiento (ver Protocolo de Lavado de Manos) y uso de los guantes.
- > Asegurar que el medicamento que se va a administrar sí sea para la vía intramuscular.
- > Para las aplicaciones intramusculares en la región glútea el paciente siempre debe estar acostado.

Seleccionar la zona para la administración del medicamento:

- > Región glútea en cuadrante superior externo y/o brazo región deltoides.
- > Realizar una buena asepsia (3 veces del centro a la periferia), con algodón estéril y alcohol.
- > Dejar secar la solución antiséptica.
- > Templar la piel o hacer pliegue grande, introducir la aguja profundamente en posición perpendicular con ángulo de 90 grados con un movimiento rápido directamente en el músculo.
- > Aspirar para cerciorarse de que no ha cogido ningún vaso.
- > Introducir el medicamento.
- > Sacar la aguja con un movimiento rápido.
- > Hacer presión en el sitio de aplicación y no realizar un masaje.

COMPLICACIONES Y ACCIONES CORRECTIVAS

Hipersensibilidad

Reportar inmediatamente al médico y seguir instrucciones médicas.

Síncope

Dejar al paciente acostado en posición trendelemburg.

Equimosis y hematoma

Realizar presión sobre el sitio de punción.



5. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRAVENOSA

DEFINICIÓN

Es la introducción de una solución medicamentosa mediante venopunción directamente en el torrente circulatorio. (Ver Protocolo de venopunción)

Evitar la aplicación de medicamentos en

- > En venas situadas por debajo de una infiltración (extravasamiento).
- > En venas situadas por debajo de una zona que presenta flebitis.
- > En venas esclerosadas o trombosadas.
- > Zonas con heridas, hematomas, lesiones cutáneas y cicatrices.
- > Venas de brazo afectado por mastectomía radical.



Modo de seleccionar la aguja adecuada

- > El calibre de agujas No 24 es especial y adecuada para niños lactantes y adultos con venas demasiado pequeñas.
- > Los calibre No 20 - 22 para pacientes no quirúrgicos.
- > El calibre No 18 es adecuado para pacientes quirúrgicos o urgentes.

OBJETIVOS

- > Obtener una acción rápida del medicamento.
- > Administrar por vía venosa sustancias que no pueden ser administradas por otra vía.
- > Aplicar sustancias que sirven como medio de diagnóstico.

RESPONSABLE

Este procedimiento debe ser realizado por auxiliar de Enfermería.



ÁREA PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO

Este procedimiento se realiza en el cubículo del paciente.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

- > Guantes
- > Tapabocas
- > Traje de protección (Bata, pantalón, gorro, polainas).

PRECAUCIONES

- > Siempre revisar las agujas o catéteres que se van a usar para detectar a tiempo cualquier imperfección.
- > Seleccionar el calibre del catéter adecuado teniendo en cuenta tipo de paciente, edad y vena a utilizar.
- > No intentar la punción en la vena más de dos veces ya sea por falta de experiencia, estado del paciente o de la vena. Solicitar ayuda a otra persona.

PROCEDIMIENTO

- > Organizar el equipo y el material necesario.
- > Explicar el procedimiento al paciente.
- > Realizar lavado de manos (según Protocolo de Lavado de Manos).
- > Colocarse los guantes de la talla apropiada y adoptar una postura frente al paciente, con el carro de medicamentos al alcance de las manos.
- > Elegir el sitio de la venopunción iniciando siempre desde la parte distal de las extremidades superiores. Instalar el torniquete 4 dedos por encima del sitio a puncionar.
- > Observar si necesita vasodilatación por medios físicos antes de puncionar la vena.
- > Una vez seleccionada la vena, poner el torniquete por cuatro dedos arriba del sitio de punción.
- > Desinfectar el sitio elegido, teniendo presente que en el momento de la venopunción debe estar el área seca para evitar mayor irritación.
- > Realizar la punción con el bisel hacia arriba, verificar retorno venoso y se retira el torniquete.

- > Colocar el primer dedo de la mano no dominante y hacer leve presión en la punta interna del catéter, retirar el alma del catéter y descartar inmediatamente en el guardián sin reencapuchar.
- > Conectar el catéter intravenoso al equipo de venoclisis, soltar el torniquete e inyectar el líquido lentamente.
- > Inmovilizar el catéter con microporo así: un microporo que sujete la parte externa del catéter, que inmovilice la base del catéter, otro que refuerce el primero y un cuarto para marcarlo con fecha, hora y nombre de quien realiza la venopunción. Colocar un microporo que sujete el punto de conexión del equipo de venoclisis a la piel.
- > Sin retirar los guantes, llevar los **desechos** en las bolsas a las respectivas canecas según Manual de manejo de residuos.
- > Retirar los guantes y realizar lavado de manos según Manual de bioseguridad.
- > Consignar el procedimiento en la historia clínica.

Antes de utilizar cualquier aguja, se debe observar cuidadosamente para detectar a tiempo cualquier imperfección.

Hay medicamentos que al ser aplicados por vía intravenosa deben diluirse por ser muy cáusticos. Para su dilución se emplea solución salina o dextrosa al 5% destilada, disminuyendo así el riesgo de flebitis.



INSTALACIÓN DE VENOCLISIS

DEFINICIÓN

Es la introducción de una cantidad de líquido al torrente circulatorio con fines terapéuticos o de diagnóstico.

OBJETIVOS

- > Proporcionar líquidos, electrolitos y nutrientes cuando el paciente lo requiera.
- > Para suministrar medicamentos cuando se necesitan efectos rápidos, su acción es irritante o ineficaz por otra vía.
- > Estimular el funcionamiento renal.
- > Suministrar medios de contraste para diagnóstico.

PRECAUCIONES

- > Tener en cuenta la fecha de vencimiento de las soluciones y no aplicarlas cuando hayan cambiado sus características.
- > Utilizar soluciones a temperatura ambiente, excepto órdenes médicas específicas.
- > Si es necesario adicionar cualquier solución, se debe hacer antes de instalarla con el fin de formar una solución homogénea y evitar contaminación.
- > Rotular la solución a instalar con los medicamentos que contiene y el nombre de la persona que los adicionó.

- > Purgar bien el equipo para no pasar aire al paciente.
- > No administrar los líquidos demasiado rápido, ya que puede causar sobrecarga circulatoria, edema pulmonar o eventos adversos por las medicaciones diluidas por el suero.
- > Instalar la nueva solución antes de que la anterior se termine totalmente para evitar paso de aire del equipo al paciente.
- > Antes de aplicar cualquier medicamento intravenoso, se debe corroborar que la vena esté bien canalizada. Se hace puncionando el caucho del equipo y con previa asepsia al caucho.
- > Al retirar la venoclisis, hacer hemostasia en el sitio de punción con torundas de algodón secas y dejar apósito tipo curita.
- > En pacientes niños, inconscientes, excitados o con venoclisis instalada en sitios de flexión se utiliza un inmovilizador y se retira en el egreso del servicio.

PROCEDIMIENTO



- > Realizar lavado de manos (ver Protocolo de lavado de manos).
- > Desempacar el equipo de venoclisis sin contaminarlo
- > Adaptar el equipo de venoclisis con movimientos de rotación a la solución a utilizar.
- > Llenar el filtro o cámara del goteo hasta la parte media.
- > Purgar el equipo de venoclisis sin descubrir la parte distal que se conecta al catéter, para no contaminarlo.
- > No dejar aire en el equipo para evitar tromboembolismo gaseoso.
- > Colocar rótulo con fecha, hora, mezcla y nombre de quien realizó el procedimiento.
- > Dejar la llave que regula el paso de líquidos cerca de la cámara de goteo.
- > Dejar la solución al goteo ordenado.

Causas del goteo lento:

- > Infiltración.
- > Equipo de venoclisis puede estar acodado.
- > El nivel de la solución muy alta o bajo en la cámara del equipo.
- > El frasco de la solución puede estar a un nivel más bajo de lo indicado con respecto al sitio de la venoclisis.
- > Alteración de la posición del miembro donde está instalada la venoclisis.
- > Mala fijación del equipo.

Fórmulas para el cálculo del goteo:

Cantidad de líquidos en C.C. = Gotas por minuto. Horas x Kte (constante)

La constante resulta de dividir 60 minutos por el número de gotas a que equivale un centímetro cúbico del equipo a utilizar.

- | | | |
|----------------------------|-------|---|
| > Equipo por 10 gotas | 60:10 | 6 |
| > Equipo por 15 gotas | 60:15 | 4 |
| > Equipo por 20 gotas | 60:20 | 3 |
| > Microgotero por 60 gotas | 60:60 | 1 |

MANEJO DE CATÉTER HEPARINIZADO

DEFINICIÓN

Es un catéter al que se le ha agregado 100 UI de heparina para evitar que se tape con coágulos. Esto permite el paso intermitentes de medicamentos sin necesidad de mantener el goteo permanente del suero.

OBJETIVOS

- > Tener una vía venosa lista para pasar medicamentos.
- > Aplicar ciclos de tratamientos.

VENTAJAS

- > Disminuir costos.
- > Evitar múltiples punciones.
- > Brindar comodidad y facilitar movilidad al paciente.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- > Mantener el catéter permeable y vigilar signos de infección.
- > Durante el chequeo siempre se le debe preguntar al paciente como siente el brazo y sitio de inserción, si hay dolor, sensación quemante o entumecimiento
- > Tener presente que hay medicamentos irritantes que causan flebitis químicas y pueden causar daño extensivo si ocurre extravasación.
- > Vigilar que no haya humedad alrededor debido a que esta puede ocasionar proliferación de microorganismos.
- > El catéter heparinizado se debe cambiar cada 48 a 72 horas.

MATERIAL NECESARIO

- > Solución antiséptica
- > Algodón
- > Cinta microporo
- > Jeringa de 2 cc
- > Jeringa de 10 cc
- > Solución salina al 0.9%
- > Tijeras
- > Tapón para heparinizar o PRN

PROCEDIMIENTO

- > Lavar las manos antes y al terminar el procedimiento (ver Protocolo de lavado de manos).
- > **Preparar solución de heparina:**
Frasco ampolla presentación 5 cc = 25.000 unidades. 1 cc = 5.000 unidades y 1 décima = 500 unidades Tomar una décima de heparina y se lleva a 5 cc de solución salina, lo que genera 100 unidades por centímetro.
Aplicamos 1 cc de la dilución..
- > Conservar la heparina en nevera.
- > Rotular la jeringa con fecha y hora de preparación.
- > Utilizar la solución solo por 24 horas.
- > Realizar el procedimiento de venopunción, utilizando venas de calibre grueso.
- > Inmovilizar catéter y aplicar la medicación ordenada.
- > Enjuagar la vena con 5 cc de solución salina para evitar riesgo de flebitis química.
- > Inyectar 1 cc de la mezcla de heparina.
- > Escribir la fecha, hora, calibre del catéter y nombre de quien realiza la venopunción en la cinta adhesiva.
- > Realizar registro en la historia clínica.
- > Cada vez que vaya a aplicar una dosis observar signos de complicación alrededor del catéter y limpiar el tapón con la solución antiséptica.



RECUERDE

La instalación y uso de un catéter intravenoso es un procedimiento invasivo que puede generar infección local o sistémica, por este motivo debe evaluarse constantemente para detectar cambios en la piel que indiquen infección y en este caso retirarlo.

El catéter debe cambiarse cada 5 días.

COMPLICACIONES

(ver Protocolo de venopunción)

- > Infiltración o extravasación
- > Flebitis química, mecánica o infecciosa
- > Hematomas
- > Equimosis

6. MEDICAMENTOS POR VÍA SUBCUTÁNEA

DEFINICIÓN

Es la administración y absorción de un medicamento a través del tejido celular subcutáneo.

RESPONSABLE

Este procedimiento debe ser realizado por auxiliar de Enfermería.



ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

- > Guantes
- > Tapabocas
- > Traje de protección (Bata, pantalón, gorro, polainas).

MATERIAL NECESARIO

Carro de procedimientos

- > Cubeta estéril con medicamento
- > Guantes
- > Alcohol
- > Jeringa de insulina
- > Medicamento (insulina)
- > Aguja calibre 23 o 26
- > Bolsa roja de desechos

PROCEDIMIENTO

- > Realizar el lavado de manos antes y al finalizar el procedimiento (ver Protocolo de lavado de manos).
- > Acomodar al paciente en la posición adecuada.
- > Descubrir y realizar la asepsia (3 veces del centro a la periferia con solución antiséptica) del área elegida.
- > Sujetar con la mano no dominante, pellizcar o estirar el tejido graso.
- > Introducir la aguja en posición perpendicular con ángulo de 45 grados.
- > Aspirar si aparece sangre, retire la aguja, repita el proceso e introduzca el medicamento.
- > Retirar la aguja y realizar suave presión con algodón.
- > Consignar el procedimiento en la historia clínica.



CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- > Explicar el procedimiento al paciente y obtener su consentimiento.
- > Leer cuidadosamente que el medicamento que va a aplicar sí esté indicado por esta vía.
- > Lavarse las manos antes y después de realizar el procedimiento (ver Protocolo de lavado de manos).

COMPLICACIONES Y ACCIONES CORRECTIVAS

Eritema, Induración y Equimosis

- > Aplicar paños de agua tibia y evitar nuevas aplicaciones sobre la zona.
- > Reportar inmediatamente al médico.

NOTA

- > En el caso de los pacientes diabéticos, dado que se inyectan insulina al menos una vez al día, se debe rotar la zona de punción, para así evitar las lesiones cutáneas.
- > Tras introducir la aguja, no se debe aspirar (pacientes diabéticos) ya que esta maniobra favorece la aparición de los hematomas.



7. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRADÉRMICA

DEFINICIÓN

Es la introducción de una solución en la capa superficial de la piel (entre la dermis y la epidermis) cuya característica es la formación de un botón en forma de piel de naranja.

OBJETIVO

Descubrir oportunamente reacciones alérgicas de paciente a la penicilina.

RESPONSABLE

Este procedimiento debe ser realizado por auxiliar de Enfermería



ÁREA PARA REALIZAR EL PROCEDIMIENTO

Este procedimiento se realiza en el cubículo del paciente.

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

- > Guantes
- > Tapabocas
- > Traje de protección (Bata, pantalón, gorro, polainas).

MATERIAL NECESARIO

Carro de procedimientos

- > Cubeta estéril de medicamentos
- > Guantes
- > Jeringa
- > Aguja hipodérmica # 26
- > Algodón
- > Agua estéril
- > Bolsa roja de desechos

PROCEDIMIENTO

- > Realizar lavado de manos (ver Protocolo de lavado de manos).
- > Descubrir la zona de aplicación de acuerdo con el procedimiento a efectuar.
- > Envasar el medicamento o diluirlo dependiendo de lo que va a instalar.
- > Explicar al paciente el procedimiento que va a realizar.
- > Ubicar al paciente en posición cómoda.
- > Desinfectar la zona con algodón impregnado de agua estéril o con alcohol.
- > Con el bisel hacia arriba se introduce la aguja en un ángulo de 10 a 15 grados en tal forma que la punta de la aguja quede en la dermis.
- > Inyectar la sustancia lentamente hasta formar el botón.
- > Retirar la aguja sin hacer masaje.
- > Marcar el botón para observar la reacción del medicamento.
- > Reportar en la historia clínica el resultado de la prueba.

PRUEBA DE SENSIBILIDAD A LA PENICILINA (ID)

DEFINICIÓN

Es la introducción por vía intradérmica de 10 UI de penicilina cristalina G. sódica de 1.000.000 UI, con el fin de detectar reacciones de tipo alérgico en el paciente.

OBJETIVO

Descubrir oportunamente reacciones alérgicas de paciente a la penicilina.

MATERIAL NECESARIO

Carro de procedimientos

- > Cubeta con prueba de penicilina
- > Jeringa de 1 ml
- > Agua estéril
- > Algodón estéril
- > Guantes
- > Lapicero
- > Bolsa roja de desechos



PRECAUCIONES

- > La prueba debe realizarse cada que se vaya a administrar un tratamiento con penicilina cristalina, benzatinica o procainica.
- > Indagar al paciente si le han realizado la prueba antes y que resultados ha obtenido.
- > Realizar la prueba de sensibilidad en un servicio que tenga sala de reanimación.
- > La penicilina diluida se guarda en refrigerador teniendo presente que su vida media es de 8 días.
- > Explicar al paciente el procedimiento y obtener su consentimiento para la realización de la prueba de sensibilidad.
- > Brindar privacidad y comodidad.

PROCEDIMIENTO

- > Realizar lavado de manos (ver Protocolo de Lavado de Manos).
- > Realizar la asepsia del área (cara anterior del antebrazo izquierdo) con agua estéril.
- > Tomar la jeringa, fraccionar la piel y punzar con el bisel de la aguja hacia arriba en ángulo de 15 grados.
- > Avanzar la aguja debajo de la epidermis de manera que se vea a través de la piel.
- > Inyectar la dosis exacta para formar un habón (10 unidades/0.1 ml).
- > Retirar suavemente la aguja y secar con una torunda seca sin presionar la pápula.

- > Realizar un círculo con lapicero alrededor del habón que se forma.
- > Esperar 20 minutos antes de interpretar la prueba.
- > Mientras espera los 20 minutos se observa al paciente continuamente, pues puede presentar una reacción alérgica severa.

Interpretación de la prueba intradérmica

| Prueba | Eritema | Roncha | Resultado |
|--------------|--|--|-------------|
| Intradérmica | No hay Menor de 20 mm De 20 mm o más | No hay Menor de 5 mm De 5 mm o más | - - + |

(Ver Protocolo de preparación de prueba de penicilina).

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- > Explicar al paciente el procedimiento de forma clara.
- > Explicar al paciente las reacciones que puedan presentarse.
- > Brindar seguridad y comodidad al paciente.
- > Después de la aplicación del medicamento no debe realizarse un masaje.
- > Registrar el procedimiento en la historia clínica.
- > Utilizar aguja de calibre delgado N° 23 a 26 e introducirla con el bisel hacia arriba.
- > Utilizar jeringa adecuada, idealmente de un centímetro.
- > Aplicar la dosis exacta.
- > Verificar la formación del habón (piel de naranja) hasta los 20 minutos si es para prueba de la sensibilidad.
- > Vigilar la reacción del paciente en pruebas de sensibilidad y notificar al médico.

SEGUIMIENTO AL PROCEDIMIENTO

Este procedimiento será evaluado desde el área de Auditoría de forma concurrente según la periodicidad definida.

Actualización realizada por:

Jammy Daniela Ramirez Aguirre
Enfermera Profesional/
Líder UCRI - IPS SURA

Doris Adriana Uribe Villamil
Enfermero Profesional/ Líder
Urgencias- IPS SURA

Revisión técnica:

Diana Gañán Ramírez
Enfermera Profesional/
Auditora Nacional
Enfermería
IPS SURA

Equipo técnico-
IPS SURA

Revisado y autorizado por:

Paola Andrea Erazo
Castro
Directora UCRI – IPS
SURA

Juan Carlos Chacón
Jimenez
Coordinador nacional de
urgencias –
IPS SURA