

Instituto Salvadoreño del Seguro Social

SUB DIRECCIÓN DE SALUD

DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA

NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN



**"MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
MÉDICOS HOSPITALARIOS
DE MAYOR FRECUENCIA
EN EL ISSS"**

ENERO - 2005

PRESENTACIÓN

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social a través de su política de modernización y desarrollo institucional ha promovido reformas técnicas y administrativas orientadas al cumplimiento de su misión de proveer servicios de calidad a los derechohabientes.

Con la finalidad de regular la calidad de atención, el Consejo Directivo aprobó la creación de la División Técnica Normativa, quién a través del Proceso de Normalización es la responsable de estandarizar los procedimientos asistenciales de la prevención secundaria y terciaria en salud.

En este sentido, las **“MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS HOSPITALARIOS DE MAYOR FRECUENCIA EN EL ISSS”** serán los documentos normativos que tendrán como objetivo, guiar a los profesionales en el proceso de toma de decisiones sobre que intervenciones son las más adecuadas en el abordaje de una condición clínica específica, constituyéndose en una herramienta valiosa con que contarán los Centros de Atención que tengan esta especialidad en su portafolio de servicios, quienes deberán proceder a su divulgación, implantación y cumplimiento obligatorio.

Lo que se transcribe para el conocimiento y efectos pertinentes.

Ing. Jorge Mariano Pinto
Director General del ISSS

Instituto Salvadoreño del Seguro Social

SUB DIRECCIÓN DE SALUD

DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA

NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN



**"MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
MÉDICOS HOSPITALARIOS
DE MAYOR FRECUENCIA
EN EL ISSS"**

ENERO - 2005

COMITÉ NORMATIVO

JEFE DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA	Dr. Simón Baltazar Agreda
TITULAR DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN	Dr. Héctor Emilio Castillo Reyes
FACILITADOR II DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN.	Dra. Izayanhel M. De Baiza

INDICE

No.	CONTENIDO	No. DE PAGINA
	INTRODUCCION	1
	OBJETIVO GENERAL	1
	OBJETIVOS ESPECIFICOS	2
	CAMPO DE APLICACIÓN	2
1.	CATETERISMO VESICAL	3
2.	COLOCACION DE GUANTES	6
3.	COLOCACION DE SONDA NASOGASTRICA	9
4.	INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL	12
5.	LAPAROSCOPIA	15
6.	LAVADO DE MANO ANTISEPTICO	18
7.	LAVADO GASTRICO	21
8.	LAVADO QUIRURGICO DE MANOS	23
9.	MANEJO DE PINZA DE TRANSFERENCIA	26
10.	PARACINTESIS ABDOMINAL	30
11.	PUNCIÓN LUMBAR	33
12.	REANIMACION CARDIO PULMONAR	36
13.	RETIRO DE GUANTES QUIRURGICOS	42
	OBSERVANCIA	44
	VIGENCIA	44
	BIBLIOGRAFIA	45
	ANEXOS	47

1. INTRODUCCIÓN

La complejidad de la Medicina Hospitalaria, requiere que día con día el equipo de salud se mantenga actualizado con los últimos y más recientes conocimientos, para brindar una atención de calidad a nuestros derechohabientes, lo cual no siempre es suficiente ni uniforme.

Uno de los problemas a nivel hospitalario es la Infección Nosocomial y su Índice es un indicador de la calidad de prestación de la atención y / o servicios prestados, muchas de estas infecciones se generan a causa de mala aplicación de las técnicas y procedimientos, los cuales deben ser revisados constantemente y aplicados según se especifica.

El presente Manual, reúne el consenso y experiencia del personal Médico y de Enfermería de diferentes áreas hospitalarias y propone al usuario, de forma clara y concisa los Procedimientos Médicos más frecuentes, su puesta en práctica fortalecerá la calidad brindada, y su existencia garantiza la transferencia estandarizada de los procesos, facilitando la inducción al personal de recién ingreso al Instituto y evita las desviaciones en el ámbito de su aplicación Nacional.

El Manual presenta los diferentes procedimientos, en orden alfabético y de forma uniforme con: Nombre del procedimiento, Definición, Objetivo, Indicaciones, descripción paso a paso, Observaciones generales y Complicaciones esperadas.

OBJETIVO GENERAL:

Regular la calidad de atención a través de la estandarización de los Procedimientos Médicos Hospitalarios realizados con mayor frecuencia, en la atención integral de los derechohabientes del ISSS.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Mejorar la calidad de atención hospitalaria, por medio del cumplimiento de los Procedimientos definidos en el manual.
- Facilitar la ejecución de las actividades, a través de la aplicación de los Procedimientos del Manual.
- Apoyar las estrategias de los Comités de Infecciones Nosocomiales (CIN), vigilando el cumplimiento estricto de los procedimientos descritos por el Manual.

CAMPO DE APLICACIÓN:

El presente Manual de Procedimientos, es de observancia general y sus disposiciones son obligatorias para los prestadores de salud en el área hospitalaria del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

CATETERISMO VESICAL

DEFINICION:

Introducción de una sonda a través de la uretra, con fines diagnósticos o terapéuticos

OBJETIVO:

Aplicación de la técnica adecuada para diagnóstico o tratamiento de patología vesical.

INDICACIONES:

- Control de diuresis.
- Obtención de muestras estériles.
- Vaciado vesical en retenciones urinarias.
- Diagnóstico (Cistografía).
- Terapéutico.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento a realizar.
- Respetar la intimidad.
- Colocar en posición adecuada:
 - ✓ Hombres: decúbito supino.
 - ✓ Mujeres: decúbito supino con rodillas flexionadas y separadas.
- Lavado de manos antes de ejecutar el procedimiento.
- Lavar genitales con agua estéril y Clorhexidina al 4% o yodopovidona, e Isodine en solución acuosa al 1% o 2%.
- Elegir sonda de calibre adecuado.
- Colocación de guantes estériles (Médico/a) y guantes desechables (auxiliar de enfermería).

- Preparación de campo estéril.
- Lubricar extremo distal de la sonda mediante técnica aséptica.
- Introducción de la sonda :
 - ✓ Mujer :
 - Separar los labios menores.
 - Identificar meato urinario.
 - Introducir la sonda suavemente hasta obtención de orina.
 - ✓ Hombre :
 - Retirar el prepucio hacia atrás.
 - Colocar el pene en posición vertical.
 - Introducir la sonda lentamente 7-8 cm.
 - Colocar el pene en posición horizontal.
 - Seguir introduciendo lentamente hasta que fluya orina, antes de inflar o llenar al balón con lo que garantizaremos no producir iatrogenia.
 - No forzar la introducción de la sonda por riesgo de provocar una doble vía.
 - Recubrir el glande con el prepucio.
 - Llenado de balón con aire o suero fisiológico.
 - Sujetar la sonda con esparadrapo al muslo.
 - Colocar la bolsa sujeta a la cama con el soporte por debajo del enfermo.
 - Retiro de guantes, según técnica.
 - Lavado de manos.
 - Registrar la técnica en expediente clínico.

- En caso de retención urinaria, tras obtener 500 ml de orina, se debe pinzar la sonda y despinzarla al cabo de 15-30 minutos para evitar la producción de hematuria ex vacuo.

CONTRAINDICACIONES:

- Sospecha de ruptura uretral.

COMPLICACIONES:

- Formación de falsa vía uretral.
- Infección urinaria.
- Retención urinaria por obstrucción de la sonda.
- Hematuria ex - vacuo.
- Estenosis uretral.

COLOCACIÓN DE GUANTES

DEFINICION:

Calzado adecuado de los guantes quirúrgicos como medida de protección del personal de salud y al derechohabiente.

OBJETIVO:

Aplicación de la técnica apropiada, para prevenir infecciones.

INDICACIONES:

- Durante todo procedimiento Médico invasivo no quirúrgico y quirúrgico.
- Procedimiento que involucre el contacto con secreciones y excreciones de enfermos.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- 1-** Lavarse y secarse las manos.
- 2-** Colocarse talcos estériles si es necesario.
- 3-** Abrir la bolsa exponiendo completamente el envoltorio interno de modo que la parte interna quede hacia usted y que los puños de los guantes queden hacia arriba.
- 4-** Colocarlos en una superficie plana.
- 5-** Abrir el envoltorio interno respetando el siguiente orden:
 - a) El dobléz proximal a Usted.
 - b) El dobléz distal a usted.
 - c) Tomar ambas pestañas de los dobleces internos y extenderlos por completo.
- 6-** Tome un guante por el puño (sin tocar la parte externa del guante).

- 7-** Colóquelo con el pulgar hacia delante manteniéndolos sobre el nivel de la cintura y alejado de la superficie.
- 8-** Introduzca despacio la mano en el guante, de modo que cada dedo coincida con el dedo correspondiente del guante.
- 9-** Con la mano enguantada tome el otro guante, introduciendo los dedos debajo del dobléz del puño sin contaminarlos.
- 10-** Introduzca despacio la otra mano en el guante, de modo que cada dedo coincida con el dedo correspondiente del guante.
- 11-** Proceda a desdoblar ambos puños para que los guantes queden bien adaptados, tocándolos solo de la parte interna del dobles del guante es estéril.
- 12-** Terminada la actividad por la que se coloco los guantes, lave el material utilizado y los guantes antes de retirárselos, si es necesario.
- 13-** Tome uno de los guantes por la parte exterior del puño tirando de él sobre la mano (el guante quedaría al revés), tome el otro guante de la parte interna con los dedos desnudos y retireselo.
- 14-** Efectúese lavado de mano antiséptico.
- 15-** Si se coloca los guantes para un procedimiento en sala de operaciones, lávese las manos enguantadas en suero fisiológico estéril antes de comenzar para:
 - a)** Retirarles los talcos porque sus partículas afectan el proceso de cicatrización.
 - b)** Comprobar la integridad de los guantes.

PRECAUCIONES:

- Mantener las uñas cortadas y con bordes regulares.
- Retirarse el reloj y hacer lavado de manos antiséptico previo al calzado de guantes.

- Cerciorarse que los guantes estén estériles y en buenas condiciones antes de colocárselos, cuando realice procedimientos o curaciones.
- Al calzarse los guantes para manejar material estéril, no ponerse en contacto con ninguna superficie no estéril.
- Mantener las manos enguantadas por arriba de la cintura.

RECOMENDACIONES:

- a) Secar bien las manos antes de calzarse los guantes.
- b) Lavar los guantes antes de quitárselos.
- c) Psicología: En determinadas circunstancias el uso de guantes puede ser considerado una barrera, en relación personal con el paciente; razón por la cual se hace necesario orientar previamente al paciente sobre el uso de ellos.

COLOCACIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA

DEFINICIÓN:

Introducción de tubo en el lumen gástrico.

OBJETIVO:

Aplicación de técnica diagnóstica o de tratamiento con tubo nasogástrico

INDICACIONES:

- Toma de muestras del contenido gástrico con fines diagnósticos.
- Vaciar el contenido gástrico mediante drenaje o aspiración.
- Lavado gástrico.
- Administración de alimentación enteral.
- Administración de medicamentos.
- Prevención de bronco aspiración en pacientes con disminución de conciencia.
- Diagnóstico de hemorragia de tubo digestivo alto.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento a realizar.
- Colocar al paciente en posición adecuada, posición de Fowler.
- Elegir sonda de calibre y tipo adecuado según procedimiento a realizar.
- Comprobar la permeabilidad de las fosas nasales.
- Lavado de manos y colocación de guantes quirúrgicos
- Medición de longitud de la sonda (nariz, lóbulo oreja, apéndice xifoides).
- Señalización de la medida en la sonda.

- Lubricación del extremo proximal de la sonda.
- Introducción de la sonda por la fosa nasal elegida.
- Empujar suavemente pidiendo al paciente que realice movimientos de deglución (tragar saliva o beber y tragar agua).
- Si aparecen náuseas, detenerse y aplicar movimiento de rotación mientras avanzamos la sonda en dirección al esófago.
- Continuar introduciendo la sonda hasta llegar al estómago, cuando la marca de referencia quede a nivel de la nariz.
- Comprobar que la sonda se encuentra en el estómago :
 - Aspirar contenido gástrico.
 - Insuflar 20-50 ml de aire, mientras se ausculta con el fonendoscopio del estetoscopio el epigastrio.
- Fijar la sonda con esparadrapo o cinta umbilical.
- Según la finalidad del sondaje; colocar el tapón, bolsa colectora o aspiración.
- Registrar la técnica en el expediente clínico.
- Recoger el material utilizado.
- Lavado de manos.

RETIRADA DE SONDA

- ➔ Colocar al paciente en posición de Fowler.
- ➔ Lavado de manos según técnica médica y colocación de guantes desechables.
- ➔ Pinzar la sonda.
- ➔ Quitar fijación de la sonda.
- ➔ Solicitar al paciente que haga una inspiración profunda y una espiración lenta.
- ➔ Retirar la sonda suavemente con movimiento continuo y moderadamente rápido.

- ➔ No forzar la salida de la sonda.
- ➔ Efectuar higiene de fosas nasales y boca.
- ➔ Registrar la técnica en el expediente clínico.

COMPLICACIONES:

- ➔ Colocación en árbol traqueobronquial.
- ➔ Bronco aspiración.
- ➔ Lesión traumática de fosas nasales, faringe y / esófago.
- ➔ Rotura de varices esofágicas.

PRECAUCIONES:

En paciente con trauma facial o sospecha de fractura Seno Esfenoidal, colocar sonda orogastrica.

INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

DEFINICION:

Colocación de tubo en la traquea.

OBJETIVO:

Brindar soporte ventilatorio.

INDICACIONES:

De pacientes críticamente enfermos y que necesitan un soporte ventilatorio:

- Apnea (la más urgente).
- Insuficiencia respiratoria.
- Obstrucción de vías respiratorias.
- Control de la ventilación (tétanos, estados epilépticos).
- Función insuficiente de la pared torácica (S. Guillen-Barre).
- Incapacidad del paciente para proteger sus vías respiratorias debido a actividad refleja incorrecta.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

1. Necesaria la ayuda de una persona para mantener la posición del paciente, aspirar y oxigenar.
2. Colocar SNG para evacuar contenido gástrico.
3. Hiperoxigenar al paciente durante unos minutos.
4. Colocación del paciente:
 - Cabeza: Ligeramente extendida con la mandíbula proyectada hacia delante.
5. Preparar el laringoscopio y el tubo.
6. Preparar pinzas de Magill.

7. Estar preparados por si es necesario presionar el cartílago Cricoides y aumentar la exposición de la laringe.
8. Colocar el tubo en el interior de la traquea
9. Una vez colocado el tubo fijarlo a la cara con esparadrapo, o con venda de gasa al cuello.
10. Ventilar al paciente y comprobar la perfecta colocación del tubo:
 - a. Comprobando bilateralmente los ruidos respiratorios.
 - b. Ausencia de ruidos respiratorios sobre el estómago.
 - c. Movimientos de la pared torácica al ventilarlo.
 - d. Observar situación clínica del paciente.
 - e. Rx de tórax urgente para comprobar que el extremo del tubo está por sobre la Carina.
11. Inmovilizar la cabeza.
12. Colocar los brazos del respirador para evitar tensión en las conexiones que relacionan la máquina al tubo.

OBSERVACIONES:

1. Observación estricta del paciente durante al menos 24 horas.
2. Evitar líquidos orales durante un mínimo de 4 horas, por el cierre incompleto de la Glotis durante el periodo postintubación inmediato.
3. Evitar cualquier medicación sedante.
4. Determinaciones de gases y pH arteriales, de 30 a 60 minutos después de la extubación.
5. Rx de tórax después de 12 ó 24 horas.
6. Fisioterapia respiratoria.

COMPLICACIONES:

A. Inmediatas:

La mayoría se presenta durante la intubación:

- Abrasiones y laceraciones de lengua, faringe, laringe...
- Introducción de secreciones contaminadas en el árbol traqueo-bronquial.
- Neumotórax por baro-trauma.
- Espasmo laríngeo, bronco espasmo...
- Hemorragias y tapones por mal cuidado del tubo.
- Disfagia y aspiración postextubación.
- Perforaciones traqueo-esofágicas

B. Tardías:

- Granulomas y cicatrices en las cuerdas vocales.
- Ulceraciones.
- Anillos laríngeos.
- Condritis laríngea (estenosis).
- Traqueo malacia (estenosis).

LAPAROSCOPIA

DEFINICION:

Procedimiento que permite un examen visual y la mayoría de tratamientos quirúrgicos de los órganos pélvicos y abdominales. El proceso se realiza con un instrumento de fibra óptica llamado laparoscopio.

OBJETIVO:

Diagnostico y tratamiento de patologías de órganos abdominopelvicos.

INDICACION:

- Diagnóstico de las causas de la infertilidad en la mujer.
- Endometriosis.
- Enfermedad inflamatoria pélvica y sus complicaciones.
- Masas o quistes en la pelvis.
- Dolor abdomino-pélvico no diagnosticado.
- Tumores fibrosos en el útero.
- Diagnóstico y tratamiento del embarazo Ectópico.
- Esterilización quirúrgica.
- Colectectomía laparoscópica.
- Cura de hernias.
- Apendicitis aguda.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

1. Identificación del paciente.
2. Verificar el llenado de hoja de consentimiento informado.
3. Verificar que el paciente entiende bien el procedimiento que se le va a realizar.
4. Verificación de los exámenes previos y de la anestesia a utilizar.

5. Lavado de manos y vestido quirúrgico.
6. Colocación del paciente.

Para cirugía abdominal laparoscópica:

1. Identificación y limpieza del sitio quirúrgico (Cicatriz umbilical) con agua estéril y Clorhexidina al 4%, alcohol al 70% y aplicación de Isodine en solución acuosa al 1% o 2%.
2. Colocación de campos estériles
3. En el borde inferior de la cicatriz umbilical instilar de 2 a 3 cc de xilocaina al 1%, si no se ha utilizado anestesia general o sedó anestesia Raquídea
4. Realizar una pequeña incisión en el ombligo o debajo del mismo.
5. Insertar una aguja para insuflar el abdomen con dióxido de carbono para formar una cámara de aire entre la pared del abdomen y las vísceras internas.
6. Una vez insuflado el abdomen se introduce un punzón hueco (trocar), realizar incisiones de acuerdo al procedimiento a efectuar (Colecistectomía, Apendicectomía, etc.) e introducir por las perforaciones una video-cámara, la fuente de luz y las tijeras, visualizando todo el abdomen, proceder a extirpar si es necesario.
7. Cuando se retira el laparoscopio, el dióxido de carbono se vacía del abdomen.
8. Cierre la herida con puntos de sutura absorbible, teniendo cuidado de colocar un apósito estéril y selle con esparadrapo, previa aplicación del área circundante con tintura de Benjuí.

Cirugía Laparoscópica ginecológica: Laparoscopia diagnóstica:

1. Realizar pequeña incisión debajo de la cicatriz umbilical.
2. Insertar aguja para insuflar el abdomen con dióxido de carbono, para formar una cámara de aire entre la pared abdominal y las vísceras internas.
3. Introducir trocar.
4. Coloque el laparoscopio en sitio de aplicación del trocar y visualice el abdomen, haga su diagnóstico
5. Retire el aparato y el trocar.
6. Cierre la herida con puntos de sutura absorbible teniendo cuidado de colocar un apósito estéril y selle con esparadrapo previa aplicación del área circundante con tintura de Benjuí.
7. Retiro de guantes según técnica.
8. Anotar en expediente clínico el procedimiento realizado.

OBSERVACIONES:

Puede experimentar molestias de 24 a 48 horas. Podría tener dolor de hombros y pecho debido al dióxido de carbono, usado para insuflar el abdomen. Ningún tratamiento es necesario.

POSIBLES COMPLICACIONES:

1. Perforación de víscera hueca.
2. Lesión vascular / hemorragias.
3. Hematoma del área de incisión quirúrgica.
4. Hernias incisionales.

LAVADO DE MANOS ANTISÉPTICO

DEFINICION:

Eliminación de los organismos y contaminantes mediante la Fricción de las manos y la acción química del jabón germicida con el agua.

OBJETIVO:

Evitar la diseminación de microorganismos, eliminar la suciedad de las manos, así como disminuir los microorganismos presentes en las manos y detener su crecimiento

INDICACIONES:

1. Habitualmente antes de preparar cualquier equipo.
2. Antes y después de :
 - a) Ejecutar cualquier procedimiento.
 - b) Curar una lesión infectada.
 - c) Manejar un paciente con un proceso infeccioso.
 - d) Al momento de abandonar una zona de aislamiento.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

1. Retiro de joyas de los dedos de las manos y del antebrazo.
2. Abrir el grifo con la mano menos diestra.
3. Mojar y enjabonarse las manos, haciendo la mayor cantidad de espuma.
4. Lavar el jabón y colocarlo en la jabonera.
5. Enjabonar el grifo y cerrarlo.
6. Frotarse firmemente y con movimientos circulares las manos y muñeca de acuerdo al siguiente orden:
 - a) Palmas de las manos.
 - b) Bordes laterales de las manos.

- c) Caras dorsales de las manos.
 - d) Cada dedo.
 - e) Espacios interdigitales.
 - f) Tercio medio de antebrazos.
7. Abrir grifo y eliminar el jabón de las manos
 8. Lavar el grifo
 9. Enjabonarse nuevamente las manos.
 10. Lavar el jabón y colocarlo en la jabonera.
 11. Cerrar el grifo.
 12. Repetir el paso No 5 iniciando con la limpieza de las uñas y finalizando con el frotamiento de las muñecas.
 13. Repetir el paso No 6.
 14. Tomar agua con una mano y cerrar el grifo con la otra.
 15. Derramar el agua de la mano sobre la que cerro el grifo.
 16. Puede cerrar el grifo con una porción de papel toalla si se cuenta con ello.
 17. Secarse las manos, muñeca y antebrazo, de los dedos hacia el antebrazo, haciendo énfasis en los espacios interdigitales. En caso que no haya toalla, mantenga sus manos hacia arriba para secarlas al aire.

PRECAUCIONES:

1. No rozar la ropa en el lavamanos.
2. Regular el flujo de agua, para que no se disperse desde el lavamanos y pueda ocasionar un accidente laboral al equipo de salud.
3. Lavar la llave del grifo.
4. Mantener las manos más altas que los codos.
5. secarse las manos con toalla limpia y seca.
6. No rozar las manos con el lavamanos.

7. Quitarse el reloj pulsera.
8. Preferentemente no llevar alhajas (anillos, pulseras, etc).

LAVADO GÁSTRICO

DEFINICION:

Colocación dentro del lumen gástrico de una solución con fines diagnósticos o de tratamiento

OBJETIVO:

Realizar de forma correcta el lavado gástrico en situaciones Médicas y en las intoxicaciones agudas

INDICACIONES:

- Para diagnostico médico.
- En caso de intoxicaciones agudas .

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

- Verificar la colocación del paciente en la posición correcta: decúbito lateral izquierdo y en Trendelemburg.
- Verificar que no exista deterioro del nivel de conciencia.
- Verificar la colocación adecuada de la sonda nasogastrica.
- Enfriar agua o utilizar agua a temperatura ambiente.
- Seleccionar y preparar el material.
- Lavado de manos, calzado de guantes y colocación de mascarilla.
- Aspirar con la jeringa el mayor contenido gástrico posible, reservando una muestra para su posterior análisis toxicológico, si se tratara de intoxicación.
- Introducir agua a temperatura ambiente o fría, en cantidad entre 150 y 300 ml.
- Vaciar el estómago colocando la porción proximal de la sonda por debajo del nivel del estómago.

- Observar la cantidad de líquido, se debe recuperar aproximadamente el mismo volumen que se introdujo.
- Repetir esta acción sin forzar la salida hasta que el contenido salga claro.
- Completar el lavado, si está indicado, con la administración de carbón activado y el catártico, o lo que este indicado para la patología.
- Pinzar la sonda en su porción distal y retirar, (Si es procedente)
- Limpiar el área Naso Oral.
- Anotar el procedimiento en el expediente clínico, con descripción del proceso.

CONTRAINDICACIONES:

- Pacientes con bajo nivel de conciencia y/o riesgo de convulsiones, con la excepción de pacientes entubados.
- Intoxicaciones con cáusticos, derivados del petróleo, espumógenos tensioactivos o cianuros.
- En el embarazo avanzado.

LAVADO QUIRÚRGICO DE MANOS.

DEFINICIÓN:

Eliminación del mayor número de bacterias de las manos, antebrazos y 1/3 inferior de brazos, por medio del arrastre mecánico y desinfección por medios químicos.

OBJETIVO:

Disminuir la carga bacteriana en manos, antebrazos y 1/3 inferior de brazos del personal del equipo quirúrgico, con el fin de evitar la contaminación de la herida.

INDICACIONES:

- Procedimientos invasivos diagnósticos y terapéuticos.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

PRIMERA PARTE:

1. Retiro de prendas de manos y antebrazos.
2. Colocación de gorro, mascarilla y zapateras.
3. Lavado de manos preliminar al lavado quirúrgico, limpiando uñas con lima.
4. Tomar el cepillo estéril del depósito correspondiente y verter sobre el mismo jabón antiséptico.
5. Cepillarse enérgicamente uñas y manos, cepillar dedo por dedo, considerando los espacios interdigitales.
6. Cepillar la cara anterior y posterior de la mano, cepillar la región de la muñeca en forma rotativa, siguiendo los pliegues de la piel.
7. Continuar cepillando hacia el antebrazo y 10 centímetros arriba del codo, mantener el miembro enjabonado, en elevación y en ángulo de 90 grados arriba de la cintura.

8. Lavar el cepillo, aplicándole jabón nuevamente, pasarlo a la otra mano y efectuar el mismo procedimiento en el otro miembro.
9. Retirar el jabón de ambos brazos, con agua manteniendo los brazos flexionados en ángulo de 90° arriba de la cintura.

SEGUNDA PARTE:

1. Lavar el cepillo, presionando con este el dispensador, para tomar otro cepillo estéril y descartar el contaminado en el recipiente asignado. (En el caso de usar cepillo descartable se usará el mismo).
2. Aplicar jabón al segundo cepillo e iniciar el mismo procedimiento desde el paso numero 5.
3. Dejar escurrir el agua dentro del lavabo, manteniendo los brazos en ángulo de 90.
4. Dirigirse en la misma forma al quirófano, abriendo la puerta con la espalda, sin hacer contacto con ninguna superficie.

SECADO DE MANOS:

1. Tome la toalla y en su defecto la cubierta interna, dóblela en cuatro.
2. Secar dedo por dedo, mano, antebrazo, y codo (En ese orden siempre).
3. Dar vuelta a la cubierta, o toalla y secar el otro miembro de igual forma. Cuide que la cubierta no toque su ropa.
4. Descarte la cubierta o toalla en el recipiente asignado, manteniendo los brazos elevados y sin agacharse.

OBSERVACIONES:

- Mantener uñas cortas y limpias.
- El lavado quirúrgico se efectúa durante 10 minutos antes de la intervención.

MANEJO DE PINZA DE TRANSFERENCIA

DEFINICIÓN:

Utilización de la pinza de transferencia (Instrumento esterilizado con un alto nivel de desinfección) para cambiar de lugar materiales y equipo estériles.

OBJETIVO:

Trasladar material estéril conservando su condición.

INDICACIÓN:

- 1-** Pasar material estéril a otra persona conservando su condición:
 - a) Instrumentos.
 - b) Torundas.
 - c) Depresores de Lengua.
 - d) Aplicadores o Hisopos.
 - e) Otro material estéril que sea necesario.

PROCEDIMIENTO:

- a) Lavarse las manos.
- b) Preparar el equipo necesario, identificando el material preciso a transferir.
- c) Extraer la pinza, manteniéndola en posición vertical y sin tocar los bordes del porta pinza, halándola fuertemente por las asas para extraerla.
- d) Abrir el frasco que contiene material estéril, manteniendo la tapadera con el interior hacia abajo, si se sostiene en la mano; si la tapadera se apoya en una superficie, su interior debe ir hacia arriba. Nunca tocar el interior de la tapadera. Agarrarlos.

- e) Al extraer o pasar material estéril a otra persona.
1. **INSTRUMENTOS:** Extraer los instrumentos del recipiente tomándolos de la parte media y agarrarlos u ofrecerlos, de manera que la persona que los recibe los tome del asa o mango.
 2. **TORUNDAS:** Proporcionar la torunda de manera que se tome de la parte inferior, evitando que la pinza contaminada roce la pinza de transferencia.
 3. **DEPRESORES DE LENGUA:** Extraer el depresor del frasco estéril, tomándolo por un extremo, para asirlo por el extremo libre.
 4. **APLICADORES O HISOPOS:** Extraer el aplicador estéril del frasco agarrándolo de la parte media, para tomarlo del extremo que no tiene algodón.
- f) Al finalizar el procedimiento colocar la pinza de transferencia en el Portapinza sin tocar sus bordes. Dejar el material ordenado y en su respectivo lugar.

PRECAUCIONES:

1. La pinza y el portapinza deben esterilizarse antes de colocar la solución en el portapinza, por lo menos cada 8 días o antes si es necesario.
2. Cambiar la solución desinfectante de la pinza con la frecuencia especificada por el fabricante o antes si es necesario.
3. Colocar en el portapinza, la fecha en que se cambió la solución y la fecha de caducidad.
4. El portapinza debe contener la solución desinfectante hasta 3/4 partes de su capacidad.
5. Cada portapinza sólo debe contener una pinza de transferencia.

6. La pinza deberá mantenerse abierta dentro del portapinza para que la solución actúe sobre las superficies sumergidas.
7. Al manejar la pinza de transferencia deben mantenerse las puntas hacia abajo para evitar que la solución escurra de las partes estériles a las contaminadas y viceversa.
8. Lavarse las manos antes de manejar la pinza de transferencia.
9. Si la pinza se pone en contacto con superficies y /o objetos no estériles, debe descartarse y esterilizarse de nuevo.
10. Si en la solución desinfectante el portapinza hubiere basura u otro material extraño a la solución, la pinza deberá considerarse contaminada y esterilizarse de nuevo.
11. Acercar la pinza de transferencia con su respectivo portapinza, al sitio donde se encuentra el material estéril.
12. No desplazar material estéril con la pinza a una distancia mayor de 1 metro.
13. Evitar hablar, toser, estornudar o tomar algo por encima de un campo y objeto estéril.
14. Manipular los objetos por arriba de la cintura ya que los microorganismos que existen a 70 cm. del piso las contaminan.
15. Mantener cubierta pinza y portapinza, mientras no se utiliza.
16. Al destapar el recipiente que contenga material estéril, colocar la tapadera con la cara interna hacia arriba cuando se apoye en una superficie, o con la cara interna hacia abajo cuando se sostiene con la mano en el aire.
17. Evitar contaminar la cara interna de la tapadera de los recipientes que contengan material estéril.
18. Evitar mantener descubierto el material estéril por más de 10 minutos.

19. Cada vez que se extraiga material estéril tapar inmediatamente el recipiente; si el recipiente tiene agujeros que se mantienen abiertos durante la esterilización asegúrese de conservarlos cerrados todo el tiempo.
20. Colocar la pinza en su portapinza inmediatamente después de transferir cada objeto estéril que se utilice.

PARACENTESIS ABDOMINAL

DEFINICION:

Punción del abdomen por medio de aguja y jeringa, con fines diagnósticos o terapéuticos.

OBJETIVO:

Descompresión abdominal.

INDICACION:

Se emplea con fines diagnósticos en:

- Ascitis.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

ANTES:

1. Tomar radiografías de tórax para evitar dudas diagnósticas y descartar la presencia de aire libre en el abdomen.
2. Se utiliza una aguja de punción lumbar número 18F conectada a una jeringa de 10-20 ml.
3. Si el paciente está consciente, se le explica el procedimiento, verificar que la hoja de consentimiento informado este llena
4. Colocar al paciente en posición adecuada
5. Lavado de manos y vestido quirúrgico
6. Aislamiento del área con la colocación de campos estériles

DURANTE:

- Identificación y aplicación de técnica de asepsia y antisepsia en el área del abdomen inferior (yodopovidona o Clorhexidina al 4%, alcohol etílico al 70% e Isodine en solución acuosa al 1% o al 2%) y se procede a introducir la aguja. (El sitio de punción puede ser en el borde lateral del

recto a la altura del ombligo o en el sitio donde una línea imaginaria trazada desde el ombligo a la espina ilíaca antero superior cruce el borde lateral del recto).

- Fijar la jeringa con la mano derecha y la aguja con la izquierda para evitar que se doble; se pide al paciente que tosa y cuando lo haga se introduce la aguja de un sólo movimiento. El dolor al romper peritoneo y la pérdida de la resistencia indican que se penetró a cavidad. Algunos especialistas recomiendan colocar al paciente por cinco minutos hacia el lado donde se va a hacer la primera punción.
- Una vez penetrada la cavidad peritoneal, se avanza la aguja en sentido posterior, succionando todo el tiempo; luego se retira la aguja hasta la pared y se cambia de orientación, dirigiéndola hacia la gotera parietocólica.
- Si la punción es negativa, se repite el procedimiento en el lado contrario.
- En el momento en que se obtenga sangra u otro líquido se suspende el procedimiento.
- Se debe evitar corregir la dirección de la aguja cuando ya se está en la cavidad peritoneal porque al girarla hace un arco, lo cual puede lacerar un asa intestinal. Tampoco debe sacarse del todo de la pared para evitar al paciente el dolor de una nueva punción

Paracentesis para ascitis:

Estando el paciente sentado, se coloca en la línea media una aguja lo más gruesa posible, conectándola a un drenaje estéril. No deben sacarse más de 1.000 a 1.500 ml de líquido ascítico, puesto que la

súbita distensión de los vasos intra abdominales al caer la presión puede llevar a un síncope.

- Al extraer líquido se retira la aguja de punción.
- Colocar apósitos estériles en sitio de punción.
- Enviar muestras a laboratorio debidamente rotuladas para su estudio posterior.
- Colocar apósito en el área de punción.
- Anotar el procedimiento en el expediente clínico.

OBSERVACIONES:

El hecho de penetrar al interior de un asa intestinal no significa morbilidad. Es posible incluso aspirar contenido intestinal o materia fecal sin que esto represente una complicación u obligue a suspender el procedimiento; obviamente es necesario cambiar la aguja antes de repetir la punción.

COMPLICACIONES:

Por lo general son raras, pero se pueden presentar:

- ✓ Hematoma de la vaina del recto.
- ✓ Hematomas mesentéricos.
- ✓ Laceración de asas.
- ✓ Perforación de la vejiga o filtración prolongada de líquido ascítico en el sitio de la punción.

PUNCIÓN LUMBAR

DEFINICIÓN:

Extracción de líquido cefalorraquídeo a través de una aguja con fines diagnósticos.

OBJETIVO:

Aplicación de la técnica correcta para apoyo diagnóstico / terapéutico.

INDICACIONES:

- ➔ Procedimiento diagnóstico.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

1. Decidir el número de pruebas a realizar para considerar la cantidad de líquido a extraer y el número de tubos necesarios.
2. Identificar al paciente y explicarle el procedimiento a realizarle así como los efectos secundarios.
3. Verifique que la hoja de consentimiento informado este llena, que el material y equipo ha utilizar esta completo, y debe de tener siempre un asistente capacitado.
4. Lavado de manos con técnica aséptica médica y colocación de guantes quirúrgicos, Gabachón o ropa de sala.
5. Haga que el paciente se acueste en el borde de la cama y colóquelo en posición fetal, con la cabeza inclinada sobre el pecho con el mentón lo más cerca posible de las rodillas, de modo que la espalda quede completamente arqueada y forme un plano vertical continuo con el borde del colchón. También se puede realizar sentando al paciente en el borde de la cama con las piernas colgando, la espalda arqueada y el cuello flexionado

apoyando la cabeza en una almohada colocada sobre las piernas o sobre una mesa.

6. Haga desinfección de la zona lumbar incluyendo las crestas iliacas con agua estéril y Clorhexidina al 4%, aplicación de alcohol al 70% e Isodine en solución acuosa al 1% o al 2%.
7. Aislé el área colocando campos estériles y elija el espacio intervertebral para introducir la aguja 20 o 22, (suele elegirse el espacio intervertebral entre la cuarta y la quinta vértebras lumbares, a nivel de la cresta iliaca o un poco por debajo de ella. También puede usar los espacios entre la tercera y la cuarta o el espacio entre la quinta vértebra lumbar y la primera sacra. Colocar el índice y dedo medio de la mano izquierda en el dorso del paciente, de modo que las puntas de los dedos definan netamente el espacio preciso. Se puede palpar los límites exactos del espacio intervertebral deslizando ligeramente los dedos hacia arriba y hacia abajo y a los lados).
8. Hacer asepsia en el tapón del frasco e Instilar el anestésico local (Xilocaina al 1%, 2cc) en el sitio elegido.
9. Tome la aguja calibre 20 con mandril como si fuera un lápiz, con el bisel dirigido hacia el sacro y coloque la punta entre los dos dedos de la otra mano que están delimitando el espacio elegido, introduciendo la aguja en la línea media del espacio intervertebral
10. Dirigir la aguja en sentido horizontal a través de la piel hasta el ligamento supraespinal, manteniendo el bisel de la aguja dirigido hacia abajo.
11. Gire la aguja 90 grados cuando se acerque a la duramadre, para que el bisel quede paralelo a las fibras longitudinales y las separe en vez de cortarlas, percibirá usted uno o dos chasquidos poco

- antes de hacer contacto con el espacio subaracnoideo y ellos le indican el contacto inminente y que esta en posición satisfactoria,
12. Después de penetrar al espacio subaracnoideo, extraiga el mandril y conecte el manómetro a la aguja para medir la presión del liquido cefalorraquídeo. Una cifra superior a 180 mm de Hg, es anormal.
 13. Verifique que el paciente tenga una posición cómoda en decúbito lateral con los miembros inferiores en extensión parcial, asegurarse que el cuello del paciente este extendido y que ni la almohada ni la ropa comprima en uno u otro lado del cuello. También se procurara que la cabeza no esta más alta que el nivel de la aguja, por encontrarse apoyada en varias almohadas o por haberse levantado la cabecera de la cama.
 14. Después de medir la presión gire la llave del manómetro y reúna el líquido suficiente para los análisis. Haga la última lectura de la presión y extraiga la aguja.
 15. Colocar aposito en sitio de la punción.
 16. Anotar en expediente clínico el procedimiento realizado, las características de la punción, del liquido cefalorraquídeo, de la cantidad extraída, y de los valores de presión encontrada.

OBSERVACIONES:

- ➔ El SNC del adulto medio contiene unos 120 MI de liquido cefalorraquídeo.
- ➔ De 4 ml de LCR son necesarios para determinación de proteínas, glucosa, células, serología y cultivo.
- ➔ De 8 a 10 MI para estudios oncológicos y electroforeticos
- ➔ Independientemente de la precisión y de la buena técnica aproximadamente uno de cada ocho pacientes sufrirá cefalalgia después de la punción lumbar.

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR **(R.C.P.)**

DEFINICION:

Aplicación de los principios básicos de la resucitación para restablecer la respiración / Circulación.

OBJETIVO:

Restaurar la respiración / Circulación.

INDICACIONES:

- Paro respiratorio.
- Paro Cardiorrespiratorio.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

PROCEDIMIENTO INICIAL:

1. Si usted identifica un paciente con ausencia de respiración, Cianosis de labios y uñas, Pérdida de conocimiento y pupila dilatada parcialmente, comuníquelo inmediatamente para procedimiento de RCP o código 1.
2. Intente despertar la persona con movimientos suaves o llamándola por su nombre.
3. Colóquelo en decúbito dorsal horizontal, nivelando completamente la cama (bajar respaldo) y abra las vías respiratorias, extendiendo la cabeza hacia atrás.
4. Colóquele una tabla de resucitación en el dorso, de preferencia del ancho de la cama o en camilla rígida.
5. Límpiela la cavidad oral de restos de comida y extraiga las prótesis dentales.
6. Extraiga secreciones, vómitos, etc.

7. Verifique y observe por 5 segundos si el paciente respira y si tiene pulso, nuevamente.
8. Tome una vena periférica, con Suero Fisiológico o lactato de Ringer
9. Si usted no conoce la técnica de RCP, permanezca con el paciente, vigilando que las vías aéreas estén despejadas.

La RCP, será comandada por médico internista en el segundo y tercer nivel o el de mayor experiencia del Establecimiento de Salud,

PASOS PARO RESPIRATORIO:

- ➔ Con la cabeza inclinada hacia atrás déle dos soplos completos seguidos, boca a boca o con cánula de Broca/ Ambú.
- ➔ Dirija la atención al tórax y observe si se eleva ligeramente o acerque su mejilla a la boca del paciente y sentirá aire caliente, el cual corresponde a la espiración de éste.
- ➔ Si no responde, incline de nuevo la cabeza y dé dos soplos más.
- ➔ Después de un minuto vuelva a tomar el pulso.
- ➔ Continué dándole un soplo completo cada cinco segundos, con un promedio de 12 respiraciones lo que mantendrá el aire fluyendo dentro del paciente.
- ➔ No inicie compresiones sobre el pecho, si el corazón del paciente esta latiendo.
- ➔ Si no hay pulso ni respiración, de inicio a reanimación Cardio Pulmonar.

REANIMACIÓN CARDIO PULMONAR:

- Verifique que el paciente este colocado en decúbito dorsal horizontal, que la cabeza se encuentre al mismo nivel del corazón, la ausencia del pulso carotídeo y eleve las extremidades inferiores mientras se mantiene el resto del cuerpo en posición horizontal;

para estimular el retorno venoso y aumentar la circulación artificial durante las compresiones torácicas.

- Intube al paciente e insufla el balón del tubo endotraqueal y coloque monitor cardíaco
- Coloque el Ambú coordinando las insuflaciones con las compresiones torácicas del médico o paramédico auxiliar.
- Colóquese a un lado del tórax del paciente, con los dedos medio e índice de la mano que este más cerca de las piernas del enfermo, busque el borde inferior de la parrilla costal, del mismo lado en que la persona que va a aplicar el masaje se encuentra.
- Con los dedos mencionados recorra el borde inferior de la parrilla torácica, hasta localizar el ángulo externo costal, en la porción media inferior del torax.
- Coloque el dedo medio en el ángulo antes mencionado y el dedo índice en el punto donde se encuentra la mitad inferior del esternón.
- La palma de la mano más cercana a la cabeza del paciente (que se había mantenido en la frente para mantener la posición de la cabeza), se coloca sobre el extremo inferior del esternón, junto al dedo índice de la otra mano. La palma de la mano que va a apoyar, debe quedar perpendicular al eje longitudinal del esternón. De esta manera, se garantiza que la presión se aplicará sobre este hueso, disminuyendo así el riesgo de fracturas costales.
- La mano guía se retira del ángulo esternocostal y se coloca sobre la mano que está apoyada sobre el esternón. De tal manera que las palmas de ambas manos quedan paralelas.
- Los dedos pueden tenerlos extendidos o entrelazados, pero deben mantenerse alejados de la pared torácica.

- Debido a la variedad de formas y tamaños de diferentes manos, una alternativa para colocar las manos consiste en que la mano guía no se apoye sobre la otra, sino que se utilice para sujetar a la otra por la muñeca. Esta técnica es útil para aquellas personas que padecen problemas artríticos de la mano o la muñeca.
- Para que la compresión, sea eficaz los codos deben permanecer completamente extendidos y los hombros del deben quedarle exactamente por encima de las manos, para que de esta forma la presión ejercida sea completamente vertical, ya que cuando se inclina hacia alguno de los lados, el tórax también se mueve, y el efecto compresor es menos eficaz.
- En el adulto promedio, la persona que realiza las maniobras, aplicará una presión suficiente para desplazar hacia abajo el esternón de 4 a 5 centímetros.
- Realizar 15 compresiones torácicas por 2 ventilaciones y se continua a ese ritmo para repetir el ciclo cuatro veces (80 compresiones por minuto). Este cambio es coherente con la teoría de bomba cardiaca y con la teoría de bomba torácica. El cociente ventilación- compresión obtenido es de 1:5.
- Después de realizada la compresión, debe permitirse que el tórax se reexpanda libremente, con el fin de que el corazón vuelva a llenarse. El tiempo de relajamiento del tórax debe ser igual al tiempo que se utiliza para la compresión.
- En caso de que el pulso se restablezca espontáneamente suspenda las maniobras de masaje cardiaco, continué con las de respiración y repita hasta que se normalicen los signos vitales, permaneciendo atentos a ellos.
- Si después de 5 minutos no se logra la recuperación de los signos vitales aplicar epinefrina 1:10,000 a dosis de 0,1 ml / Kg., cada 3 a

5 minutos, o Norepinefrina 4 mg I.V. dosis Única. Si no hay vena periférica tomada aplicar solución de epinefrina al 1:10,000 por cánula orotraqueal, continúe el masaje y la oxigenación. Al mismo tiempo valore la expansión de volumen y la aplicación de bicarbonato 1 mEq / Kg. (Si pH <7,10 o paro cardiorrespiratorio > de 10 minutos), cada 3-5 minutos administrar adrenalina y cada 10 minutos bicarbonato.

- Si logra obtener una frecuencia cardiaca baja (menor de 60 puls. / min), aplicar atropina 1: 1000 sin dilución, de 0,5 - 1 mg E.V.(0,02 ml / Kg. de peso corporal).
- Asegurese que no hayan arritmias, de encontrarlas hay que corregirlas, si arritmias auriculares o insuficiencia Cardiaca, Digoxina de 0,25 a 0,50 Mgr., o Lidocaína 1% sin epinefrina en bolo, si hay arritmia ventricular o tendencia a la fibrilación ventricular recurrente, a dosis de 1mgrs- 1,5 mgrs / Kg. de peso corporal.
- Si se presenta fibrilación ventricular, hay que Desfibrilar directamente. Colocar los electrodos sobre la aurícula derecha y el ventrículo izquierdo, administrando un nivel de energía de 200 J. de forma inicial (se puede iniciar desde 150- 360 J).
- Para evitar las quemaduras deberá aplicarse gel conductor en cantidad suficiente, (no solución lubricante), si no hay disponibilidad los electrodos deberán ser cubiertos con gasas humedecidas en solución salina.
- Luego de la desfibrilación, verificar el pulso. Si no existe o es insuficiente para el gasto cardiaco continúe maniobras de resucitación, evaluando la necesidad de nuevas desfibrilaciones.

COMPLICACIONES:

- * Fracturas costales.
- * Neumotórax.

OBSERVACIONES:

El estado del paciente debe de vigilarse, para evaluar la eficacia de las maniobras de reanimación. El médico encargado asume siempre esta responsabilidad vigilando el pulso y la respiración, lo que permite:

- ➔ Evaluar la eficacia de las compresiones, y
- ➔ Establecer si la victima recupera la ventilación y la circulación.

En el RCP básico para evaluar la eficacia de las compresiones torácicas externas realizadas, debe revisarse el pulso durante las compresiones. Para establecer si se ha recuperado la circulación y respiración espontánea, deben suspenderse las compresiones torácicas durante cinco segundos al final del primer minuto de reanimación y posteriormente cada 5 minutos. Cuando el encargado de las compresiones se fatiga debe de hacerse cargo otro personal.

Las medidas se suspenderán cuando se consiga la recuperación de la ventilación y circulación efectiva, o si tras 30 minutos de RCP no se observa ninguna respuesta o ningún ritmo organizado en el electrocardiograma.

RETIRO DE GANTES QUIRURGICOS

DEFINICION:

Despojo de la medida de Bioseguridad utilizada (Guantes).

OBJETIVO:

Aplicación de técnica para retiro de guantes y evitar contaminaciones.

INDICACIONES:

- Al finalizar el procedimiento.
- Cuando se contamine.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

1. Enjuáguese con agua las manos enguantadas para quitarles sangre u otros líquidos corporales.
2. Mantenga las manos bajo de la cintura, Agarre uno de los guantes cerca del puño halándolo, quíteselo a medias. (El guante empezará a volverse al revés) Antes de empezar a quitarse el segundo guante, es importante mantener el primero a la mano para impedir que se toque el exterior de los guantes con las manos desnudas.
3. Con los dedos todavía metidos en el primer guante, agarre el segundo guante cerca del puño y quíteselo. Completamente se volverá al revés este guante mientras se lo vaya quitando, no lo descarte.
4. Quítese el primer guante halándolo con cuidado, tocando únicamente el interior del guante con la mano desnuda.
5. Deseche los guantes, según las normas establecidas.
6. Lávese las manos con agua y jabón después de retirarse los guantes.

OBSERVACIONES

- ➔ Mientras Ud. se vaya quitando los guantes, no deje que el exterior de los guantes le toque la piel, porque la superficie exterior se habrá contaminado de sangre y otros líquidos corporales. No deje tampoco que los guantes salten de golpe al quitárselos, porque tal movimiento puede causar que las sustancias contaminantes le salpiquen los ojos, la boca, la piel o a otras personas alrededor suyo.
- ➔ Antes de tocar cualquier otra cosa, quítese los guantes ya utilizados: se contaminan a menudo los mostradores, los grifos, y los lápices y bolígrafos porque los profesionales de salud acaban tocando otros objetos mientras todavía tienen puestos los guantes usados

OBSERVANCIA DEL MANUAL:

La vigilancia de la aplicación del presente **"MANUAL DE PROCEDIMIENTOS"**, corresponde a los Directores Médicos de los diferentes establecimientos de Salud de la red hospitalaria del ISSS, en el ámbito de sus respectivas competencias.

VIGENCIA:

El presente MANUAL sustituye a todos los instructivos y lineamientos elaborados anteriormente, a partir de la firma de las autoridades del ISSS. San Salvador, Febrero 2005.

Dr. Simón Baltazar Agreda
Dra. Marjorie Fortín
Jefe División Técnica Normativa

Subdirectora ISSS

BIBLIOGRAFIA:

1. Adernsen Kim. El sondaje intermitente. Revista Helios, 1994, 2: 20-21.
2. Asociación Puertorriqueña del corazón, Manual para el Salvacorazones, primera edición, 1991.
3. Crow, S. ASEPSIS. A prophylactic Technique. SEMEN. Perioper Nurse, 1994; 3: 93-10.
4. De Castro, J. Barriers that Project lives, Enfoque, 1995, 21: 18-21
5. Dummier, S.M., Paris, P.M. "Abscesses". Atlas of Emergency Procedures", Dummier SM, Paris PM (Ed) W.B. Saunders Company. United States of America.1994. pp: 9-11.
6. Fan, P.Y. Acute Vascular Access: New advances Adv. Ron. Replace Ther.1994 Jul, 1(2): 90-98.
7. Friedman, Y. Indications, Timing, Techniques, and Complications of Tracheostomy in the critically ill Patients. Current Opinion in Critical Care, 1996, 2: 47-53.
8. Fuchs, P. Providing Tracheostomy Care. Nursing 1963, 13: 139
9. Horton, R. Hand Washing: The fundamental Infections Control Principe. Br. J. Nurse. 1995. 14-27, 4: 926-928.
10. Jack Fisher, Thomas L., Wachtel. Clinical Procedures Copyright. 1980. The Williams and Wilkins Company, ISBN. 0683 - 032402
11. Klein, J.S., Interventional Techniques in the Thorax, Clin. Chest. Med. 1999; 20: 805-826.
12. Lucy Jo Atkinson y Mary Louse Kohn. Técnicas de Quirófano, 5a Edición, Editorial Interamericana, México, D.F., 1984.
13. Lybecker, H., Djernes M., Schmidt, J.F., Posdural puncture headache (PDPH): Onset, duration, Severity, and Associated Symptoms. An Analysis of 75 Consecutive patient with, PDPH. Act Anesthesiol Scand. 1995, 39, 605-612.

14. Manual de Terapéutica Quirúrgica, Departments of Surgery the Medical College of Wisconsin and University of Illinois, 3a edition, SALVAT, editors, S:A. 1990.
15. Normas de Cirugía, segunda edición, Ministerio de Cultura, Editorial Científico Técnica, Ciudad e la Habana, 1982.
16. Organización Panamericana de la Salud, Cirugía General en el Hospital de Distrito, Publicación Científica.
17. Pennington, T,H, The introduction of Aseptic Surgical Techniques in three British Teaching Hospitals, 1990-99, Med. Hist. 1995, 39: 35-60.
18. Petersen, S. Ultrasound- guided thoracentesis in Surgical Intensive Care Patients. Intensive Care Med. 1999, 25:1029.
19. Protocolos de Cirugía, División de Salud ISSS, 1996.
20. Protocolos de Asepsia Medica y Quirúrgica no 1, Resucitación Cardiopulmonar, Laboratorio de habilidades y destrezas, 2003. UES
21. Protocolo de Procedimientos Quirúrgicos para personal de Enfermería, H.M.Q, División de Salud ISSS, Depto de Docencia e Investigación Científica, Agosto/ 1998.
22. Reed, C.R., Sessler, C.N., Glauser, F.L., Phelan S. A, Central Venous Catheter Infections Concepts and Controversies, Intensive Care Medicine, 1995 Feb., 21(2): 177-193.
23. Sheldon, J., 25 Tips on hand washing. See if you know them all. Nursing. 1999, 24:20.
24. Smite, C., The Lumbar Puncture. Br., J., Hosp. Med., 1995, Mar 14, 4: 53, 273-274.

EQUIPO PARA MESA DE RCP

- 1.** Agujas de diferentes calibres (18 Gt x 1 1/4", 20 Gt X 1 1/4", y de 1", 22 GT X 1 1/4" y 1").
- 2.** Ambú completo.
- 3.** Bigotera para Oxígeno.
- 4.** Cánulas Mayo (Números 3, 4, 5)
- 5.** Catéter para Oxígeno.
- 6.** Catéter para acceso Venoso Central.
- 7.** Cilindro de oxígeno.
- 8.** Descartables para suero, Microgoteros.
- 9.** Desfibrilador con ECG integrado
- 10.** Drum para presión Venocapilar.
- 11.** Equipo para medir PVC.
- 12.** Electrodo para ECG + Electrogel.
- 13.** Estetoscopio.
- 14.** Frascos para aspiración.
- 15.** Guía para Tubo endotraqueal.
- 16.** Gigante para líquidos.
- 17.** Glucómetro.
- 18.** Intracat números: 14, 16, 18, y 20.
- 19.** Jeringas de 50 c.c, 20 c.c, 10 c.c, 5 c.c y 3 c.c.
- 20.** Laringoscopio con hojas curvas no. 3, 4, 5.
- 21.** Lámparas de mano.
- 22.** Laringoscopio.
- 23.** Ligas, Torniquetes, Vendas elásticas, Esparadrapo.
- 24.** Mascara Laringea.
- 25.** Marcapasos transcutaneo.
- 26.** Motor de aspiración.

- 27.** Oxímetro de pulso.
- 28.** Tabla de masaje Cardiaco.
- 29.** Sonda para aspiración.
- 30.** Sondas Foley de diferentes calibres.
- 31.** Sonda Nelaton
- 32.** Tensiometros.
- 33.** Tubo Universal.
- 34.** Tubos endotraqueales con adaptadores (6.0, 7.5, 8.5).

BOTIQUIN DE RCP.

- a) Adrenalina ampolla de 1 / 1000 mg.
- b) Agua destilada.
- c) Amiodarona clorhidrato 50 mg /ml, ampolla de 3 ml.
- d) Atropina ampolla de 1 o 0,5 mg.
- e) Bicarbonato de Sodio al 7,5% (75 mg / ml) solución frasco para uso E.V.
- f) Clorfeniramina Maleato 10 mg./ ml, ampolla de 1 ml.
- g) Cloruro de calcio al 5 % solución cardioplejica ampolla de 5 ml.
- h) Dextrosa al 5% solución, frasco de 250 y 1000 ml.
- i) Dextrosa al 50% solución frasco o bolsa de 50 ml.
- j) Dexametasona 4 mg / ml, frasco vial de 5 ml.
- k) Diazepan 5 mg /ml, ampolla de 2 ml.
- l) Digoxina 0,25 mg / ml, ampolla 2 ml.
- m) Dobutamina clorhidrato 12.5 mg / ml, frasco vial de 20 ml.
- n) Dopamina clorhidrato 40 mg / ml, ampolla vial de 5 ml.
- o) Furosemida 10 mg / ml, ampolla 2 ml.
- p) Hidralazina clorhidrato 20 mg/ ml, ampolla de 1 ml.
- q) Isoproterenol al 1: 5000 ampolla.
- r) Lidocaína 2 % sin epinefrina solución con preservante frasco 50 ml.
- s) Metilprednisolona succinato 500 mg, frasco Vial
- t) Morfina sulfato o clorhidrato 10 mg / ml, ampolla de 1 ml.
- u) Norepinefrina bitartrato 1 mg/ ml, ampolla de 4 ml.
- v) Potasio cloruro 2 mEq /ml, ampolla de 10 ml.
- w) Solución Salina Normal frascos de 250 y 1000 ml.



PROCESO DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN 2005

Djgav.