

3

Realización del procedimiento (enfermera).
 Evalúa previamente Radiografía de tórax, ausculta ruidos en todos los campos pulmonares.
 Realiza el lavado de manos y usa barreras protectoras
 Verifica que la fijación del TET sea segura. Pre oxigena al paciente con FIO₂ 100% al menos durante un minuto. Selecciona el número de sonda.
 Enciende el aspirador al vacío y selecciona la presión en 120 mmhg. Se Coloca los guantes estériles.
 Mantiene la mano dominante estéril y la otra limpia, conecta la sonda de aspiración al sistema de vacío.
 Introduce sin aspirar 35 cm. en TET y 10 cm. en traqueotomía. No avanza si hay resistencia.
 Aspira las secreciones y retira con movimientos suaves y de ligera rotación por un periodo de 10 a 15 segundos.
 Lava con abundante agua estéril la conexión de aspiración. Reinstala oxigenoterapia durante unos segundos antes de repetir la aspiración.
 Aspira orofaringe después de terminar la succión traqueal y nuevamente lavar con agua estéril la goma de aspiración.
 Transcurrido un minuto después de la aspiración, ajusta la FIO₂ al valor inicial preestablecido.
 Protege la conexión y goma de aspiración con funda estéril, luego de la aspiración.
 Descarta la sonda y retira el material, apaga el aspirador al vacío.
 Observa al paciente, deja en posición cómoda y adecuada. Se lava las manos.
 Realiza anotaciones de enfermería, registra el procedimiento, calidad y cantidad de secreciones aspiradas.

4

Limpieza y Desinfección (Técnico de Enfermería)
 Limpia y desinfecta el contenedor al vacío cada 12 horas.
 Cambia el tubo de aspiración con cada paciente y descarta al término de 7 días.

ENTRADA

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Paciente con secreciones traqueo bronquiales	Servicio UCI-UCINT	Diario	Manual

SALIDA

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Paciente aspirado, libre de secreciones.	Servicio UCI-UCINT	Diario	Manual

DEFINICIONES : Es la extracción de las secreciones acumuladas en el tracto respiratorio superior, mediante la introducción de una sonda estéril a través del tubo endotraqueal o cánula de traqueotomía del paciente, lo cual se realizará a través de un sistema de aspiración.

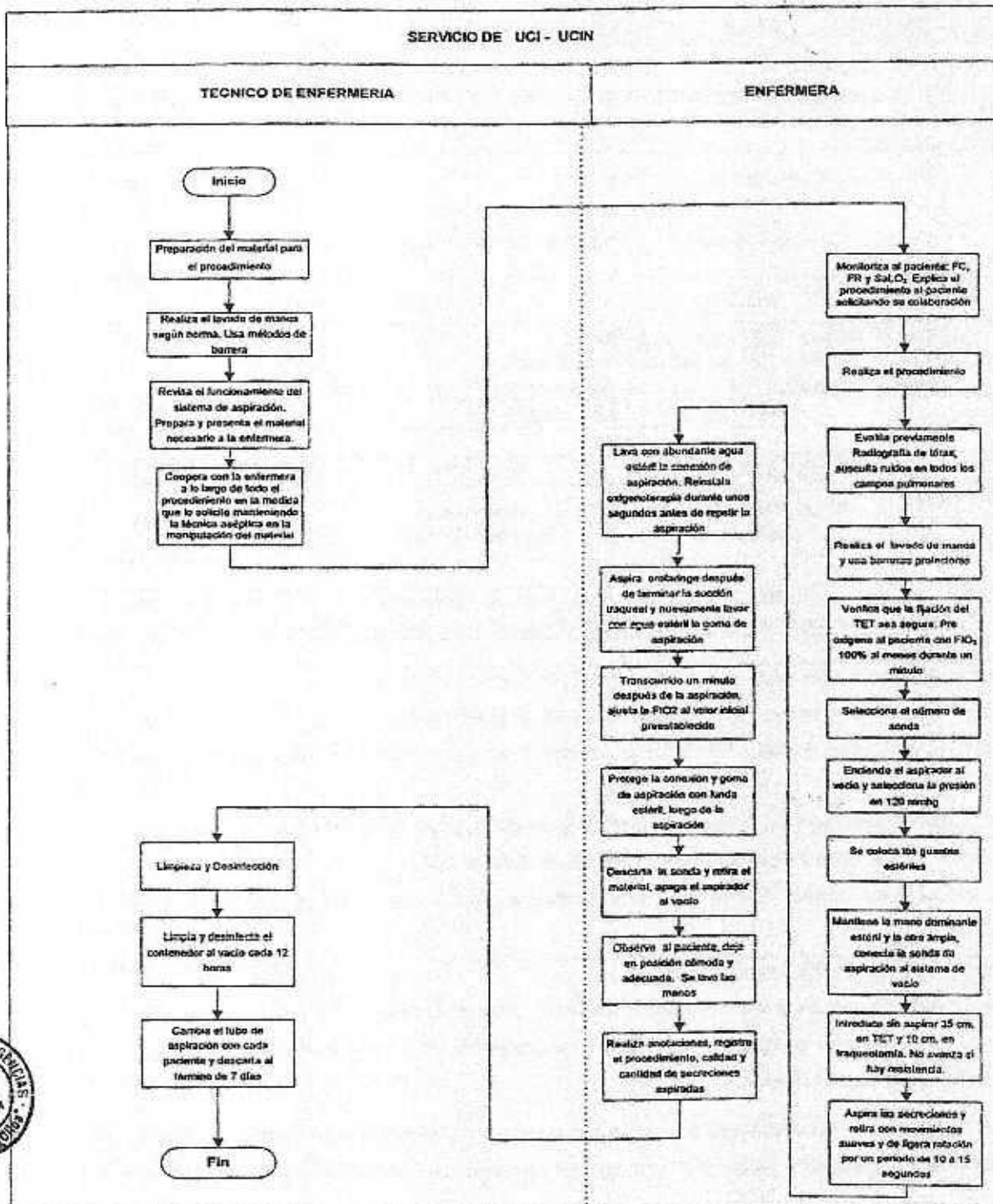
REGISTROS : Libro de Procedimientos, notas de Enfermería.

ANEXOS : 1. Equipos: Fuente oxígeno, Aspirador de vacío, manómetro de vacío. Equipo de protección personal. Bolsa de resucitación con reservorio.



2. Material: Sondas de aspiración, Guantes, gasas, agua destilada. Documentos, Notas de Enfermería.

PROCEDIMIENTO: ASPIRACIÓN DE SECRECIONES POR TUBO ENDOTRAQUEAL (MÉTODO ABIERTO)



FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

Manual de
Procedimientos
Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL
PROCEDIMIENTO

LIMPIEZA Y CURACIÓN DE TRAQUEOSTOMIA

FECHA :

JULIO -2012

PROPÓSITO :

Prevenir infecciones respiratorias.

Prevenir tapones de mucosos en el tubo de traqueotomía.

ALCANCE :

Servicio: UCI - UCINT

MARCO LEGAL :

Ley N° 26842 – Ley General de Salud

Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud

D.S. N° 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley N° 27657

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR

UNIDAD DE MEDIDA

FUENTE

RESPONSABLE

N° de Procedimientos de
Limpieza y Curación de
Traqueotomía.N° de Procedimientos
realizados.Registro de
Procedimientos.

Jefe de Servicio

NORMAS

- Directiva N° 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 603- 2006-MINSA

INICIO

1

Preparación del material para el procedimiento (Técnico de Enfermería)
Realiza el lavado de manos según norma. Usa métodos de barrera.
Revisa el funcionamiento del sistema de aspiración. Prepara y presenta el material necesario a la enfermera.
Coopera con la enfermera a lo largo de todo el procedimiento en la medida que lo solicite manteniendo la técnica aséptica en la manipulación del material.
Retira la fuente de oxígeno y lo coloca cerca o sobre la cánula externa. (Coloca la fuente sobre un campo estéril).

2

Realización del procedimiento (Enfermera).
Realiza lavado de manos y usa barreras protectoras, prepara el sistema de aspiración.
Retira la cánula interna sucia, fija con una mano la cánula de traqueotomía y con la mano dominante retira cánula interna.
Coloca la cánula en un recipiente con agua oxigenada y agua estéril para ayudar a reblandecer las secreciones. Descarta gasas y/o material contaminado que tiene el paciente alrededor de la traqueotomía.



3	<p>Descarta los guantes contaminados, y se coloca los guantes estériles.</p> <p>Usa gasas y se ayuda con las pinzas estériles para limpiar la parte interna de la camiseta.</p> <p>Enjuaga la camiseta con agua estéril y luego seca con gasas estériles.</p> <p>Reinstala la camiseta en la cánula de traqueotomía, asegúrate de que la cánula quede "fija" en dentro del tubo de traqueotomía.</p> <p>Limpia el estoma y cánula con pinza y torunda empapada en suero fisiológico mediante movimientos rotatorios de dentro hacia fuera.</p> <p>Limpia la pestaña del tubo de traqueotomía.</p>		
4	<p>Corta las cintas de sujeción, coloca gasa por debajo de la placa pivotante, para evitar úlceras por presión. Introduce las cintas por ambos orificios de la placa pivotante traqueal.</p> <p>Realiza el cambio de cintas entre dos personas, una sujeta la cánula y la otra enhebra las cintas. Conecta nuevamente al paciente o su terapia de oxígeno.</p> <p>Descarta todo el material contaminado y los guantes estériles en el lugar correspondiente.</p>		
ENTRADA			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Traqueotomía con tapón mucoso	Servicio UCI-UCINT	Diario	Manual
SALIDA			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Traqueostomía libre de secreciones.	Servicio UCI-UCINT	Diario	Manual
DEFINICIONES :	Es el conjunto de actividades que se realiza para mantener la vía aérea libre de secreciones y el cuidado de la piel circundante al lugar de la traqueotomía para mantenerla limpia y seca. Evitando que se acumule drenaje alrededor del estoma.		
REGISTROS :	Libro de Procedimientos, registros de enfermería.		
ANEXOS :	<p>1. Equipos: Material de aspiración (por si fuera necesario), equipo de curación, tijera</p> <p>2. Material: EPP, Solución de media proporción de peróxido hidrógeno, agua estéril, gasas, guantes, Solución de media proporción de peróxido hidrógeno – mezcle partes iguales de peróxido hidrógeno y agua, antisépticos (povidona yodada), cintas de fijación de la cánula.</p>		

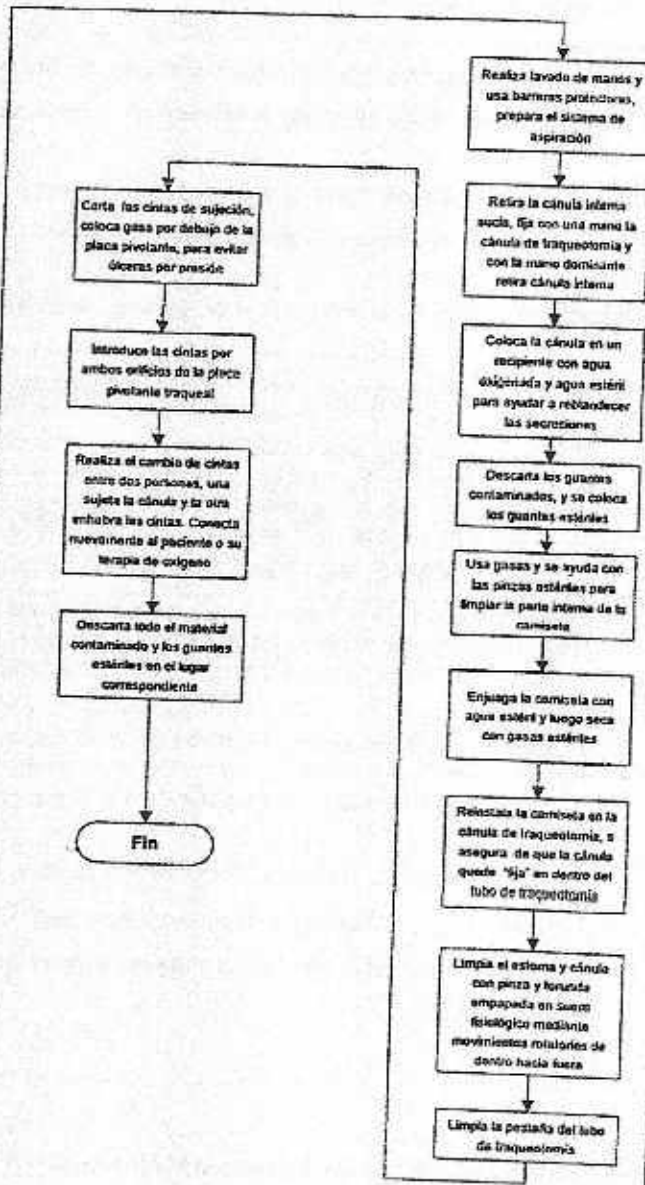
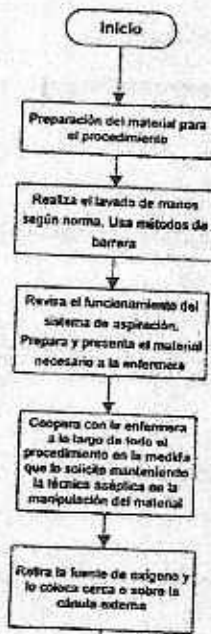


PROCEDIMIENTO: LIMPIEZA Y CURACIÓN DE TRAQUEOSTOMIA

SERVICIO DE UCI - UCIN

TECNICO DE ENFERMERIA

ENFERMERA

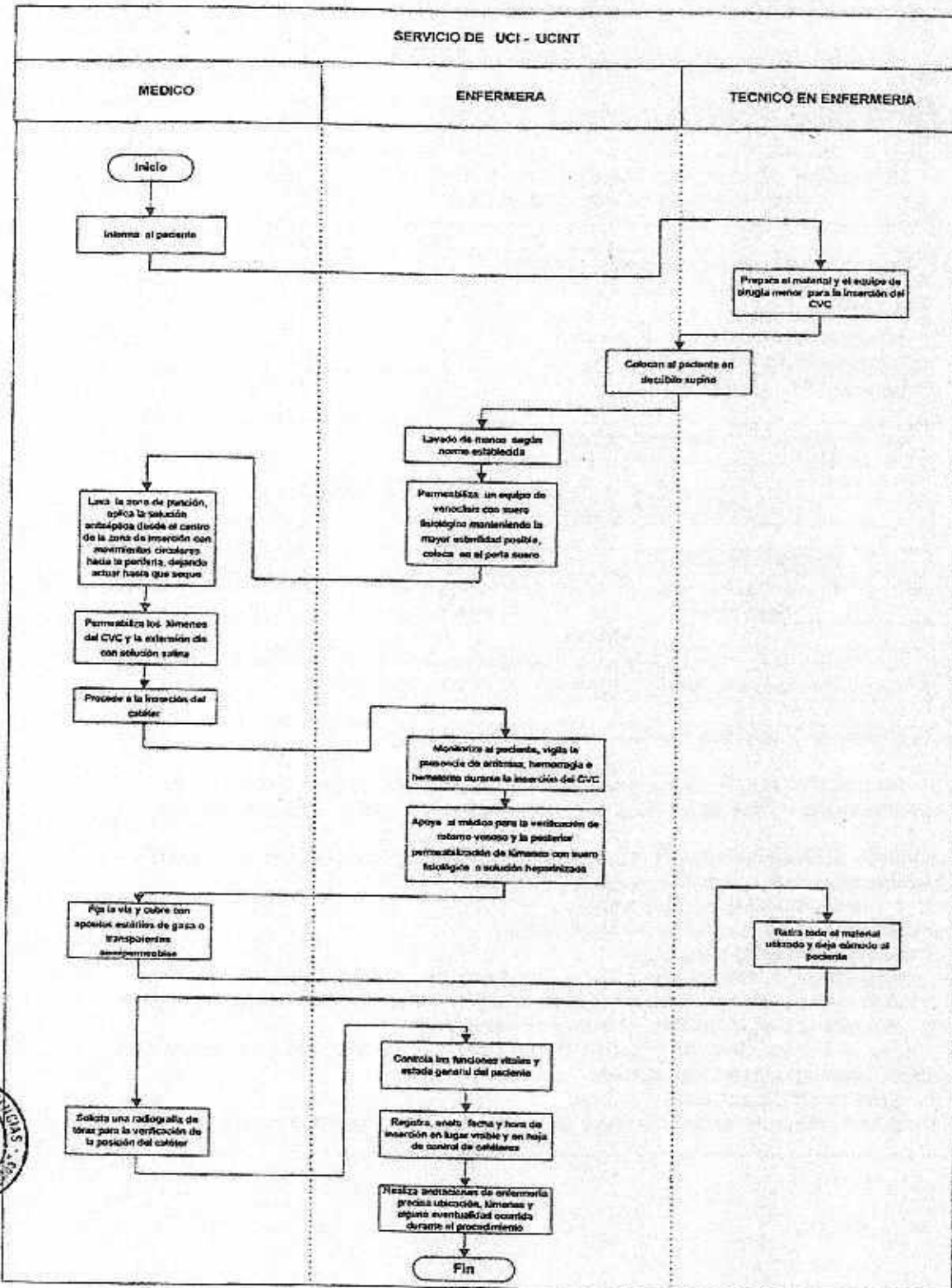


FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO		Manual de Procedimientos Versión : 1.0	
Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD			
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CUIDADOS DE ENFERMERIA EN COLOCACION DE CVC	FECHA :	JULIO- 2012
PROPÓSITO :	Proporcionar una vía de acceso para administración de fármacos y soluciones intravenosas. Monitorizar y medir constantes como: PVC, presiones pulmonares, gasto cardíaco, etc.		
ALCANCE :	Servicio UCI - UCINT		
MARCO LEGAL :	Ley N° 26842 – Ley General de Salud Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. N° 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley N° 27657		
INDICES DE PERFORMANCE			
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de Procedimiento en colocación de CVC	N° de Procedimientos realizados.	N° de Procedimientos realizados.	N° de Procedimientos realizados.
NORMAS			
Directiva N° 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 603- 2006-MINSA			
INICIO	<p>Durante la Instalación del CVC</p> <p>El médico informa al paciente. El técnico de enfermería prepara el material y el equipo de cirugía menor para la inserción del CVC La enfermera y el técnico de enfermería colocan al paciente en decúbito supino. Lavado de manos según norma establecida. La Enfermera permeabiliza un equipo de venoclisis con suero fisiológico manteniendo la mayor esterilidad posible, coloca en el porta suero. El médico lava la zona de punción, aplica la solución antiséptica desde el centro de la zona de inserción con movimientos circulares hacia la periferia, dejando actuar hasta que seque. Permeabiliza los lúmenes del CVC y la extensión dis con solución salina. El médico procede a la inserción del catéter. La Enfermera monitoriza al paciente, vigila la presencia de arritmias, hemorragia o hematoma durante la inserción del CVC. Apoya al médico para la verificación de retorno venoso y la posterior permeabilización de lúmenes con suero fisiológico o solución heparinizada. El médico fija la vía y cubre con apósitos estériles de gasa o transparentes semipermeables. El técnico de Enfermería retira todo el material utilizado y deja cómodo al paciente. El médico solicita una radiografía de tórax para la verificación de la posición del catéter. La enfermera controla las funciones vitales y estado general del paciente. Registra, anota fecha y hora de inserción en lugar visible y en hoja de control de catéteres. Realiza anotaciones de enfermería precisa ubicación, lúmenes y alguna eventualidad ocurrida durante el procedimiento.</p>		
ENTRADA			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Colocación de Catéter	UCI -UCINT	Demanda	Manual

Venoso Central	
SALIDA	
DEFINICIONES :	El Cateterismo venoso central es la inserción de un catéter biocompatible en el espacio intravascular central o periférico con la finalidad de administrar soluciones, medicamentos, nutrición parenteral y realizar pruebas diagnósticas entre otros. Los cuidados de enfermería están en relación a la prevención de infección, trombosis, migración, desconexiones, mantener la permeabilidad del catéter, integridad de la piel entre otros.
REGISTROS :	Directiva N° 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 603- 2006-MINSA.
ANEXOS :	<p>1. EQUIPOS Monitor, mesa de mayo, coche de curación, equipo de cirugía menor.</p> <p>2. Material Mandilón estéril, guantes, mascarillas, gasas, jeringa de 10cc, aguja n° 23, aguja N° 18, seda 3 /0, extensión dis, apósito transparente, Solución antiséptica: Povidona yodada, Clorhexidina acuosa 2%, Alcohol al 70%, heparina o solución heparinizada, Catéter venoso Central.</p>



PROCEDIMIENTO: CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA COLOCACION DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL



FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO		Manual de Procedimientos Versión : 1.0	
Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD			
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL MANTENIMIENTO DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL	FECHA :	JULIO-2012
PROPÓSITO :	Prevención de complicaciones asociadas a: Iritación local Deterioro del catéter Reflujo a través del punto de punción Transmisión de infecciones		
ALCANCE :	Servicio UCI - UCINT		
MARCO LEGAL :	Ley N° 26842 – Ley General de Salud Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. N° 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley N° 27657		
INDICES DE PERFORMANCE			
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de Procedimiento en colocación de CVC	N° de Procedimientos Realizados.	N° de Procedimientos Realizados.	N° de Procedimientos Realizados.
NORMAS			
Directiva N° 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 603- 2006-MINSA			
INICIO	Cuidados del Punto de Inserción y Cambio de Apósito (Enfermera)		
	<p>La curación del sitio de inserción se realizará no antes de 24 horas posterior a la colocación, excepto aquellos casos en que exista sangrado, diaforesis en el paciente y fuga del sitio de inserción.</p> <p>Posteriormente la curación es cada 72 horas cuando esté cubierto con apósito transparente y cada 24 horas cuando esté con gasa o apósito.</p> <p>Coloca la fecha de los cambios en lugar visible.</p> <p>Dispone el material necesario en el coche de curación.</p> <p>Se lava las manos de acuerdo a norma.</p> <p>Se coloca guantes limpios, retira el apósito luego cambia de guantes por estériles.</p> <p>Limpia con suero salino empezando en el punto de inserción del catéter en forma circular hasta unos 20 cm. Procede con el antiséptico de la misma manera.</p> <p>Observa y palpa el sitio de inserción y fijación del catéter en busca de signos de infección como enrojecimiento, calor, induración o secreción.</p> <p>Protege con gasa estéril las zonas de decúbito.</p> <p>Tiene cuidado de no mojar el catéter con agua en el momento de realizar el aseo del paciente.</p>		



Cambio de set de administración de fluidos y conexiones (Enfermera)

Aplica medidas estériles en el manejo de fluidos.

Distribuye las luces de la siguiente forma:

Luz distal: Preservar para la Nutrición parenteral.

Luz media: Sueroterapia y drogas.

Luz proximal: Medicación intermitente.

Cambia los sistemas de suero cada 72 horas salvo que haya sospecha de infección. Rotula el sistema con la fecha.

Manipula y desconecta, teniendo en cuenta hacerlo por debajo de la altura del corazón, para no dejar la vía aérea abierta con el consiguiente riesgo de embolia aérea.

Evita mantener las soluciones de infusión más de 24 horas.

Cambia los sistemas de la Nutrición Parenteral a las 72 horas del inicio de la perfusión. Rotula el sistema con la fecha y la hora en que fue cambiado.

Cambia los sistemas de las emulsiones lipídicas a las 24 horas del inicio de la perfusión.

Comprueba que la perfusión de la sangre se realiza en un periodo no superior a 4 horas.

Lava la luz del catéter con solución salina cada vez que se administra una medicación o se suspende (siempre que no sea un fármaco vasoactivo).

Conoce la compatibilidad de las soluciones que han de ser administradas por la misma luz del catéter.

Tiene cuidado al retirar alguna droga, extrae con una jeringa el suero de la vía hasta que salga sangre y después lava con solución salina para impedir que se administre un bolo de dicho fármaco al torrente sanguíneo.

Evita continuas desconexiones, por ejemplo, cambiando el sistema por cada medicación. Es preferible lavar el sistema ya existente y poner la misma medicación con el mismo sistema.

Limpia el puerto de inyección con alcohol al 70% ó povidona yodada antes de pinchar. Tiene cuidado de no cambiar los tapones con más frecuencia de 72 horas según las recomendaciones del fabricante.

Mantiene cerrado y sellado estricto de las luces que no se estén utilizando con monodosis de heparina 20 UI/ml, sellándolas periódicamente c/12 h. Mantiene las pinzas clampadas.

El número de llaves de tres pasos y/o alargaderas será el mínimo posible.

Minimiza el riesgo de infección limpiando con antiséptico el acceso del sistema y usa sólo equipo estéril.

ENTRADA

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
MANTENIMIENTO DEL CVC	UCI-UCINT	Diario	Manual

SALIDA			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
MANTENIMIENTO DEL CVC	UCI-UCINT	Diario	Manual

DEFINICIONES : Es la acción y la actitud de la enfermera para promover el bienestar del paciente, disminuyendo la entrada de microorganismos en los pacientes portadores de CVC.

REGISTROS : Libro de procedimientos, Historia clínica, evolución de enfermería.

ANEXOS :

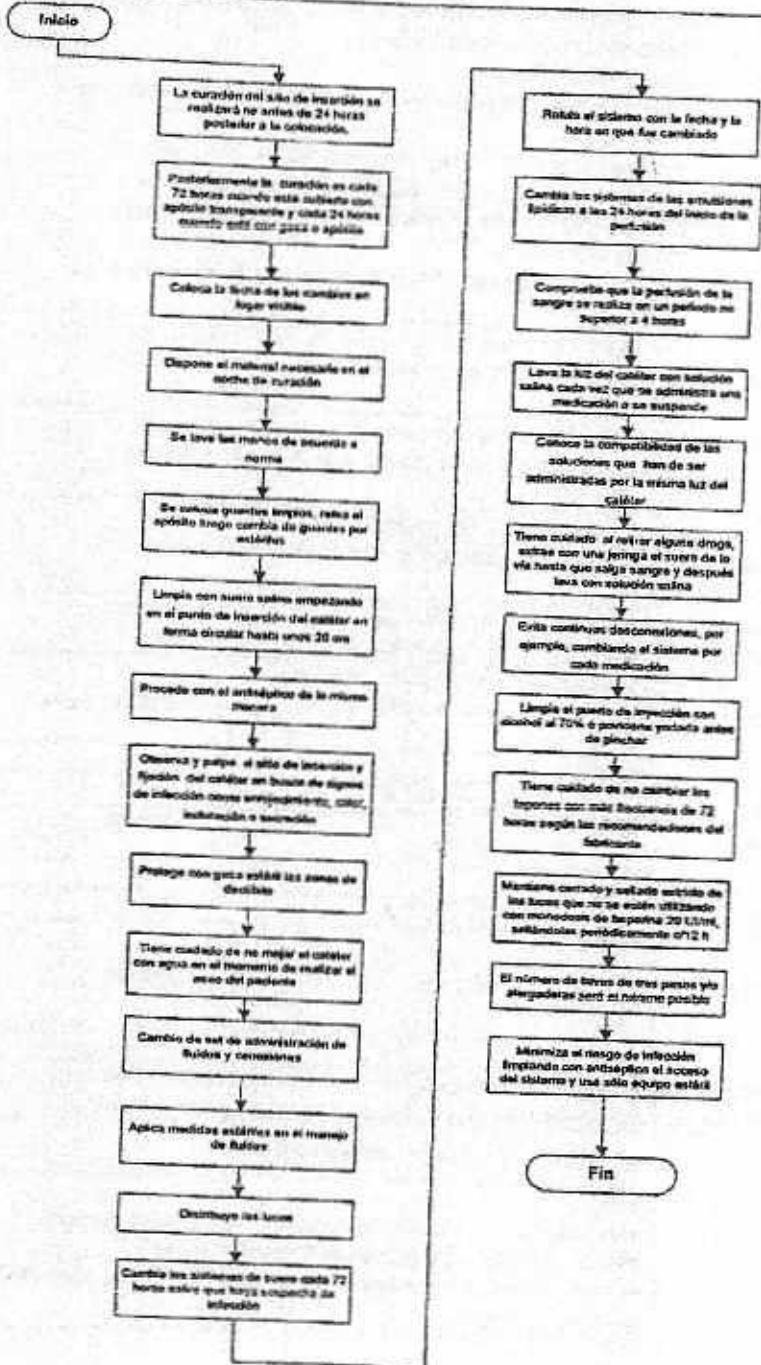
1. EQUIPOS: Coche de curación.
2. Material: Mesa auxiliar, Gasas estériles, Solución antiséptica, povidona yodada, clorhexidina acuosa al 2%, alcohol al 70%, Apósito estéril transparente semipermeable o de gasa, Solución de heparina según preparado comercial, Equipos de venoclisis, Bolsa y contenedor de residuos.



PROCEDIMIENTO: CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL MANTENIMIENTO DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL

SERVICIO DE UCI - UCINT

ENFERMERA



FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

Manual de
Procedimientos
Versión: 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL
PROCEDIMIENTO

TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMA

FECHA:

JULIO-2012

PROPÓSITO:

Obtener representación gráfica de los cambios eléctricos que se produce en el miocardio

ALCANCE:

Servicio de UCI y UCINT

MARCO LEGAL:

Ley N° 26842 – Ley General de Salud
Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud
D.S. N° 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley N° 27657

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de tomas de electrocardiogramas	N° de Electrocardiogramas realizados.	Registro de Procedimientos	Jefe de Servicio

NORMAS

- Directiva N° 007 – MINSAL / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 603-2006-MINSAL

INICIO

- | | |
|---|--|
| 1 | <p>PREPARACIÓN DEL EQUIPO (Técnico de Enfermería)</p> <p>Verifica el buen funcionamiento del electrocardiógrafo.</p> <p>Verifica la existencia suficiente de papel y gel conductor.</p> |
| 2 | <p>PROCEDIMIENTO (Enfermera)</p> <p>ANTES</p> <p>Explica al paciente sobre el procedimiento</p> <p>Coloca al paciente en decúbito supino con la cama horizontal con el tórax, brazos y Piernas descubiertos ligeramente separados (cuidando la privacidad del paciente).</p> <p>Retirar objetos metálicos</p> <p>Coloca las pinzas en las extremidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rojo brazo derecho (AVR) (R) • Amarillo brazo izquierdo (AVL) (L) • Verde pierna izquierda (AVF) (LL) • Negro pierna derecha (RF) |
| 3 | <p>Coloca las precordiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • V1. Cuarto espacio intercostal, línea para esternal derecha • V2 Cuarto espacio intercostal, línea para esternal izquierda • V3. Equidistante entre V1 y V4 • V4. Quinto espacio intercostal línea media clavicular • V5. Mismo nivel vertical que V4 línea anterior axilar • V6. Misma línea vertical V4 y V5 línea media axilar |

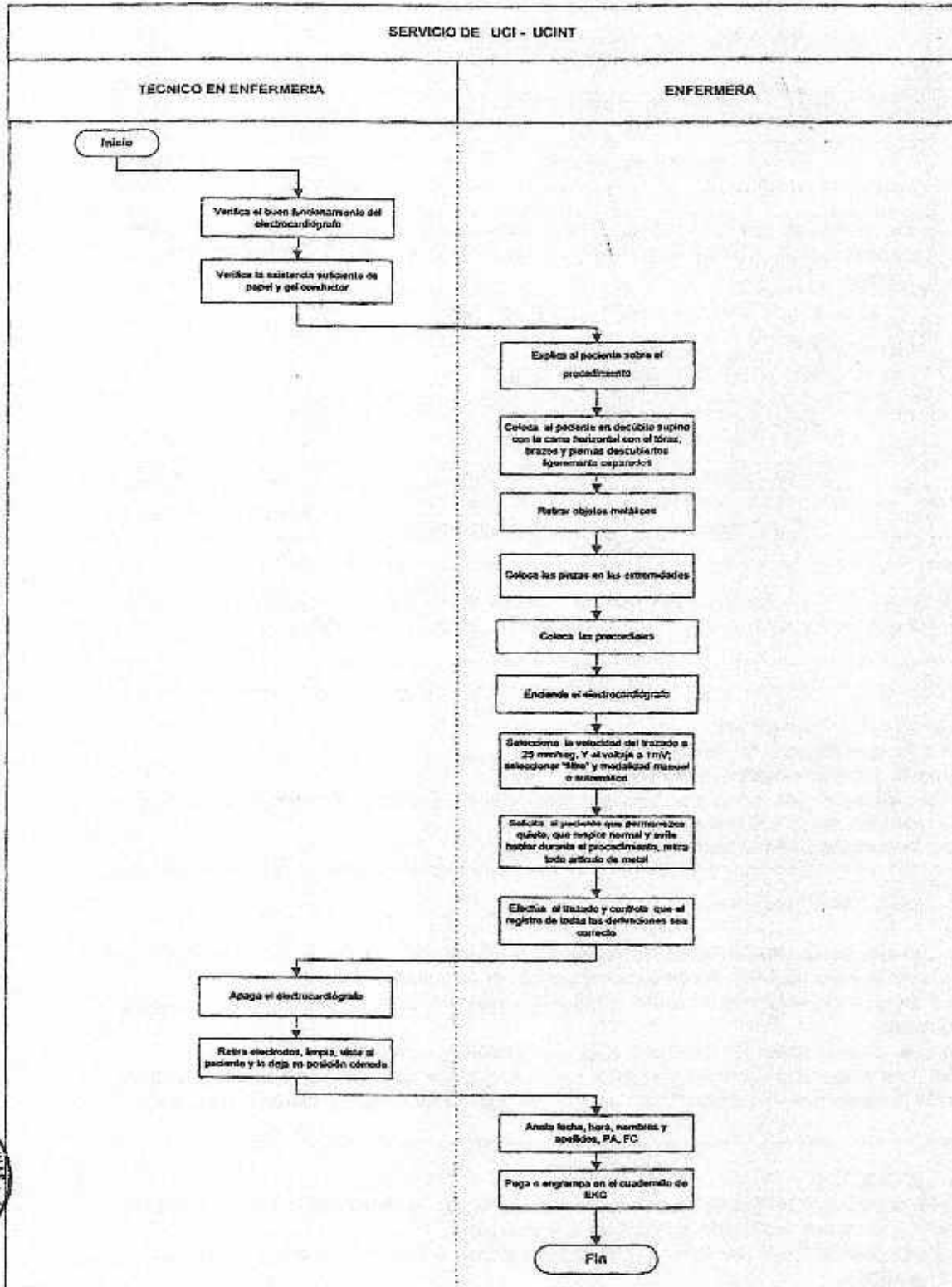
4	<p>DURANTE Enciende el electrocardiógrafo: Selecciona la velocidad del trazado a 25 mm/seg. Y el voltaje a 1mV; seleccionar "filtro" y modalidad manual o automático Solicita al paciente que permanezca quieto, que respire normal y evite hablar durante el procedimiento, retira todo artículo de metal. Efectúa el trazado y controla que el registro de todas las derivaciones sea correcto.</p>
5	<p>FINALIZAR (Técnico de Enfermería) Apaga el electrocardiógrafo Retira electrodos, limpia, viste al paciente y lo deja en posición cómoda.</p> <p>FINALIZAR (Enfermera) Anota fecha, hora, nombres y apellidos, PA, FC. Pega o engrampa en el cuadernillo de EKG.</p>

ENTRADA			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Toma de EKG	Servicio de UCI - UCINT	Demanda	Manual
SALIDA			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Toma de EKG	Servicio de UCI - UCINT	Demanda	Manual

DEFINICIONES :	Es el registro grafico de las variaciones de potencial eléctrico de la actividad del corazón (fibras miocárdicas), en un tiempo determinado.
REGISTROS :	Libro de procedimientos
ANEXOS :	<ol style="list-style-type: none"> EQUIPOS Electrocardiógrafo MATERIALES Gel, torundas de gasas, guantes.



PROCEDIMIENTO: TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMA



FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

Manual de
Procedimientos
Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL
PROCEDIMIENTO

DESFIBRILACION

FECHA :

JULIO- 2012

PROPÓSITO :

Es un método para producir un contra choque en el corazón en una parte del ciclo cardiaco, en que se interrumpe el ritmo anormal y permite la aparición del ritmo normal.

ALCANCE :

Servicio de UCI - UCINT - SOP - EMERGENCIA

MARCO LEGAL :

Ley N° 26842 - Ley General de Salud
Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud
D.S. N° 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley N° 27657

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR

UNIDAD DE MEDIDA

FUENTE

RESPONSABLE

N° de procedimientos
Desfibrilación

N° de procedimientos
Desfibrilación

Registro de
Procedimientos

Enfermera Asistencial

NORMAS

Directiva N° 007 - MINSA / OGPP - V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional "Aprobada mediante Resolución Ministerial" N° 603- 2006-MINSA

INICIO

1

FASE PRELIMINAR: (Enfermera)

Comprueba la operatividad del Desfibrilador.
Quita las palas del desfibrilador de los soportes.
Coge ambas palas con una mano y aplique gel conductor en una de ellas, luego frotar las dos palas para extender el gel sobre las superficies.
Selecciona la energía hasta la corriente ordenada.

2

FASE DE EJECUCION: (Enfermera)

Coloca la pala a la izquierda del pezón izquierdo, en la línea axilar media y la otra inmediatamente a la derecha de la parte superior del esternón y debajo de la clavícula derecha.
Se asegura de no tocar el gel de las palas, porque podría producirse un arco eléctrico de una a otra y lesionarse.
Aleja las palas de los cables del monitor cardiaco o del electrocardiógrafo.
Da un grito claro y mira rápidamente alrededor para asegurarse que nadie (incluido el operador) este tocando la cama o algo conectado al paciente, ni pisar ningún líquido que se haya caído al suelo.

FASE DE EJECUCION:

Cuando esta seguro que todo este en orden, presiona el botón de descarga de ambas palas al mismo tiempo, mantiene la presión en el tórax con las palas.
Está preparado para el ligero movimiento que experimentara el cuerpo del paciente cuando se realiza la descarga.



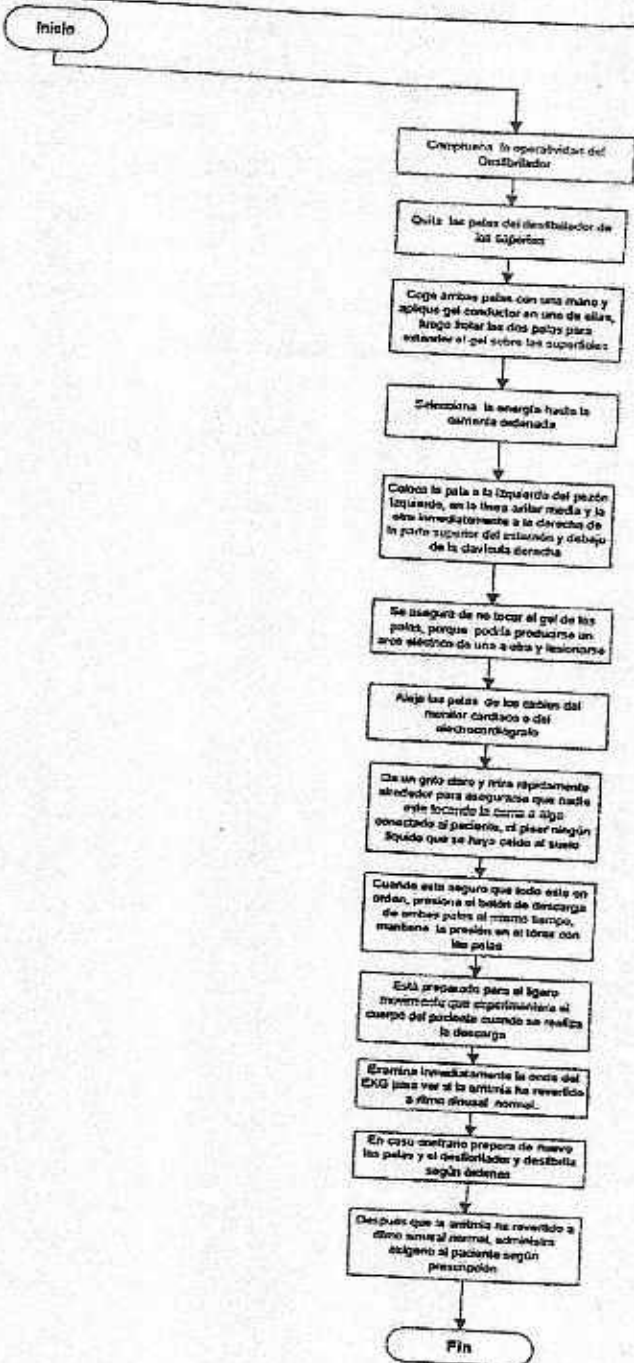
4	<p>Examina inmediatamente la onda del EKG para ver si la arritmia ha revertido a ritmo sinusal normal.</p> <p>En caso contrario prepara de nuevo las palas y el desfibrilador y desfibrila según órdenes (deberá incrementar la energía hasta 300 joule si es necesario.)</p> <p>Después que la arritmia ha revertido a ritmo sinusal normal, administra oxígeno al paciente según prescripción (desde cánula nasal hasta ventilación mecánica).</p>		
ENTRADA			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
DEFIBRILACION	UCI - ICINT	A demanda	Manual
SALIDA			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
PACIENTE DEFIBRILADO	UCI - ICINT	A demanda	Manual
DEFINICIONES :	Consiste en un choque eléctrico de alto voltaje, que provoca la despolarización simultánea de todas las células miocárdicas y permite recuperar los latidos espontáneos.		
REGISTROS :	Libro de Procedimientos, historia clínica		
ANEXOS :	EQUIPOS: Desfibrilador, fuente de oxígeno, resucitador manual, ventilador mecánico.		
	MATERIALES: Gel conductor. Gasas.		



PROCEDIMIENTO: DESFIBRILACION

SERVICIO DE UCI - UCINT - SÓP - EMERGENCIA

ENFERMERA



FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO		Manual de Procedimientos Versión: 1.0	
Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD			
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN TROMBOLISIS	FECHA:	JULIO-2012
PROPÓSITO:	Restablecer el flujo coronario de la arteria ocluida, limitar la isquemia miocárdica, reducir la disfunción ventricular y la mortalidad, mejorando el pronóstico del paciente.		
ALCANCE:	Servicio de UCI-UCINT		
MARCO LEGAL:	Ley N° 26842 – Ley General de Salud Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. N° 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley N° 27657		
INDICES DE PERFORMANCE			
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de intervención de Enfermería en Trombolisis	N° de Trombolisis Realizados.	Registro de Procedimientos	Jefe de Servicio
NORMAS			
Directiva N° 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 603- 2006-MINSA			
INICIO			
1	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Pacientes de cualquier edad. Dolor precordial típico menos de 4 a 6 horas de evolución. Supra desnivel del segmento ST en más de 1 mm. en por lo menos dos derivaciones Bloqueo de rama izquierda.		
2	CONTRADICCIONES ABSOLUTAS Antecedente de DCV hemorrágico Aneurisma disecante. Diátesis hemorrágica. Hemorragia digestiva en el mes precedente. Cirugía o traumatismo reciente (últimas 3 semanas).		
3	CONTRAINDICACIONES RELATIVAS Maniobras de resucitación cardiopulmonar prolongadas. Embarazo. Punción de vaso en sitio no compresible (vena subclavia). HTA no controlada (>180/100) Enfermedades sistémicas graves Cirugía menor < 7 días Cirugía mayor > 14 días o < 3 meses Alteración de la coagulación conocida que implique riesgo hemorrágico Pericarditis Tratamiento retiniano con láser reciente		

- 4 **PROCEDIMIENTO**
PRE TROMBOLISIS: (Enfermera)
 Controla de signos vitales cada 15 mín.
 Tiene cuidado de suspender del tratamiento anticoagulante.
 Toma trazado de 12 derivaciones.
 Administra oxígeno húmedo por cánula binasal.
 Explica el procedimiento al paciente y la familia.
 Obtiene el consentimiento informado
 Canaliza dos líneas periféricas con No. 18 ó 20.
 Verifica toma de muestra: hematocrito, plaquetas, TP, TPT, CPK MB, urea glucosa, troponina y Radiografía de Tórax.
 Administra protector gástrico indicado
- DURANTE LA TROMBOLISIS (Enfermera)**
Prepara la infusión de estreptoquinasa 1 500,000 UI el cual tiene que estar refrigerado hasta antes de su uso. Disuelve en 5 ml. de agua, la estreptoquinasa , introduce por las paredes, sin formar espuma, agita en forma rotatoria suave, y transfiere asépticamente su contenido a un frasco de cloruro de sodio 9% o dextrosa 5% de 100cc e inicia la dilución a 100 cc/h.
 Monitoriza en forma continua estado hemodinámico (PIA, FR, FC, Sat. O2) cada 5 minutos.
 Toma ECG 12 derivaciones durante procedimiento.
 Realiza medidas básicas iniciales ante cualquier cambio hemodinámico súbito (Administración de fluidos y/o inotrópicos). Mantiene PAM entre 70 y 80 mm Hg.
 Valora continuamente el estado de conciencia.
- 5 **ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO SUPLEMENTARIO**
 Administra oxígeno suplementario según la evaluación del patrón respiratorio.
 Evalúa continuamente el estado de perfusión sistémica: Función cardiovascular, renal y gastrointestinal.
 Valora el estado de reperfusión y notifica inmediatamente si hay cambios en el estado hemodinámico asociado a palidez o cianosis, diaforesis, pulsos periféricos ausentes o con disminución de la intensidad, llenado capilar mayor de 2 segundos.
 Identifica los signos y síntomas de re oclusión: dolor, hipo perfusión; arritmias, falla respiratoria.
 Observa el monitor para detectar los trastornos de ritmo, tales como: extrasístoles ventriculares, taquicardia o fibrilación auricular
 Observa, comunica, registra durante y después de la administración otras reacciones adversas descritas por el fabricante: bronco espasmo, edema periorbitario, erupción cutánea, prurito, temblores, sangrados.
- POST TROMBOLISIS (Enfermera)**
 Toma de electrocardiograma: a la hora, 6 horas, luego diario hasta el quinto día.
 Controla signos vitales continuamente: por lo menos durante las primeras 24 horas después de la terapia trombolítica.
- 6 **VALORACIÓN CONTINUA**
 Valora continuamente el estado de conciencia, durante las primeras 24 Horas
 Realiza control de tiempos de coagulación: TP, TPT, plaquetas.
 Tiene la precaución que en el tratamiento con STK, la heparina solo se inicia una vez que se ha obtenido niveles de fibrinógeno por encima de 80.
 Mantener los niveles de TPT entre 60 y 80 segundos para proporcionar una adecuada terapia antitrombótica.

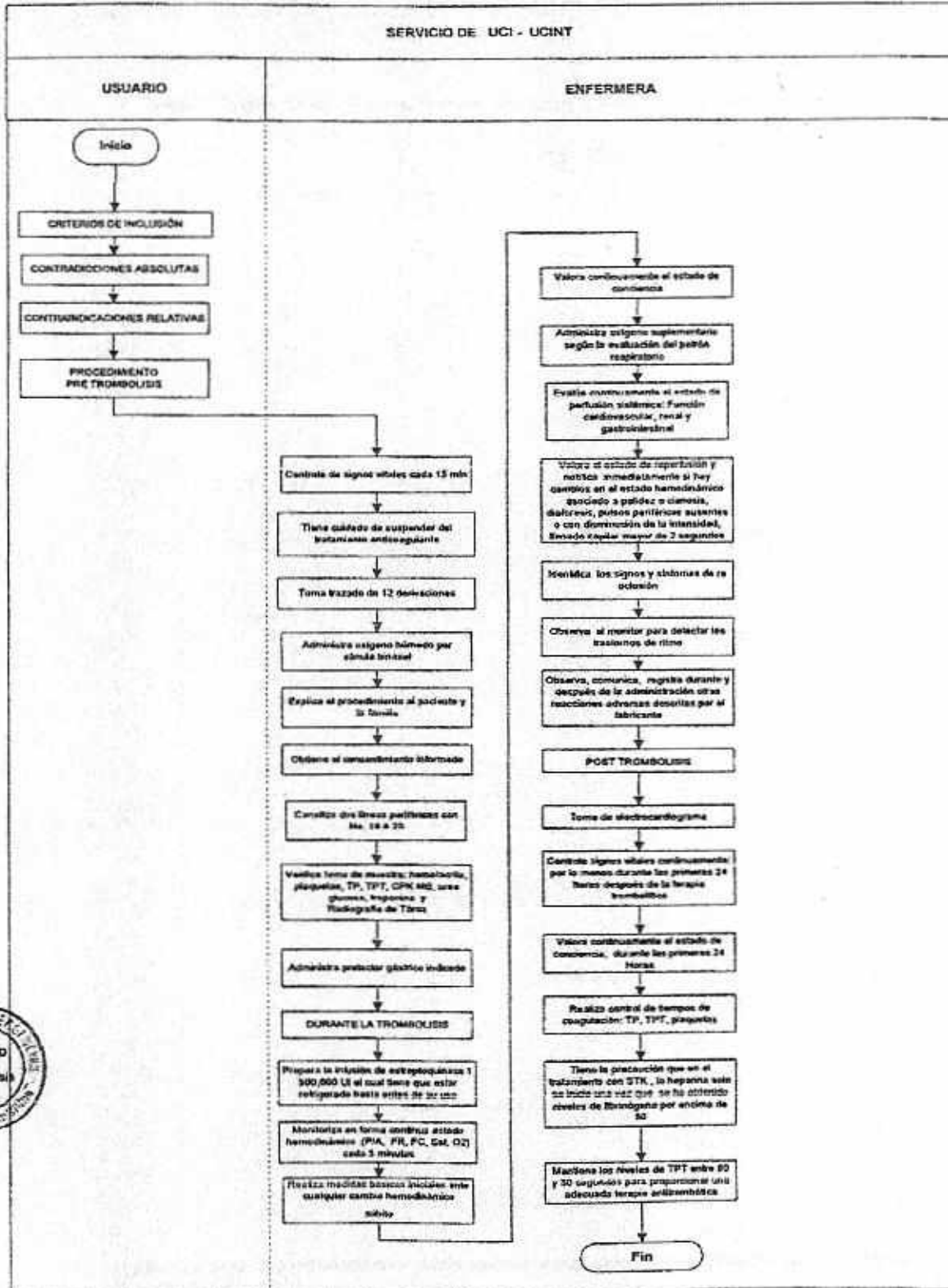


ENTRADA			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Intervención de Enfermería en Trombolisis	Servicio de UCI - UCIT		Manual
SALIDA			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO

Paciente Trombolizado	Servicio de UCI - UCIT	Maual
DEFINICIONES :	Es la terapia en la cual se administra un medicamento destinado a disolver un coágulo que ha obstruido un vaso u otra vía sistémica.	
REGISTROS :	Libro de Procedimientos.	
ANEXOS :	1. EQUIPOS Bomba de infusión, EKG, monitor cardíaco, coche de paro, monitor desfibrilador. 2. MEDICAMENTOS Estreptoquinasa, Cloruro de sodio 9%	



PROCEDIMIENTO: INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN TROMBOLISIS



FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO		Manual de Procedimientos Versión : 1.0	
Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD			
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CUIDADO DE ENFERMERIA EN LA COLOCACION DE CATETER SWAN GANZ	FECHA :	JULIO-2012
PROPOSITO :	<p>Permite observar el comportamiento y cambios del paciente en una condición determinada. La observación de las tendencias en los parámetros observados en la evolución, ayuda a establecer pronóstico. Facilita la evaluación y corrección de las medidas terapéuticas implementadas. Según la condición del paciente y el nivel de monitorización, le avisa al clínico cualquier deterioro en la función medida</p>		
ALCANCE :	Unidad de Cuidados Intensivos		
MARCO LEGAL :	<p>Ley N° 26842 – Ley General de Salud Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. N° 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley N° 27657</p>		
INDICES DE PERFORMANCE			
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° Cuidados de Enfermería de enfermería en Catéter Swan Ganz	N° de Cateterismos Realizados	Registro de Procedimientos	Jefe de Servicio
NORMAS			
Directiva N° 007 – MINSa / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 603- 2006-MINSa			
INICIO	<p>PREPARACION (Enfermera-Médico) Explica el procedimiento y su utilidad al paciente Prepara el material necesario para el cateterismo. Coloca a punto los sistemas de monitorización-amplificación y transducción. Monta los líquidos y sistemas para mantener el lavado del catéter y purgar los circuitos con líquido. El médico desinfecta la piel en la zona elegida para la punción Monta el campo estéril y el médico comprobará la integridad del catéter y balón. Conecta los tres conductos del catéter a sus correspondientes sistemas de monitorización y lavado. Purga el catéter con líquidos La enfermera calibra el transductor.</p> <p>PROCEDIMIENTO Posteriormente el médico inserta el catéter, bajo anestesia local en la vena elegida y hace progresar, bajo control del ECG y de las presiones. Al penetrar el catéter en vena cava comienza a registrar curvas de presión de pequeña amplitud. La morfología de las diferentes curvas de presión en el monitor nos va a permitir saber en qué cavidad se encuentra el catéter La enfermera infla el balón a los 30-40 cm de introducido el catéter, momento en el cual alcanza la aurícula derecha, al inflar el balón la corriente sanguínea lo impulsa y pasa con mayor facilidad al ventrículo.</p>		
1			
2			

El catéter seguirá avanzando y al entrar en arteria pulmonar la morfología de las curvas de presión vuelven a cambiar, la sistólica permanece igual y la diastólica asciende.
 Se continúa progresando hasta que el balón hace cuña en una de las ramas de la arteria pulmonar, obteniéndose entonces el trazado típico de la presión capilar pulmonar de pequeña amplitud.
 Al llegar este punto la enfermera desinfla el balón y si se obtiene una curva de presión de arteria pulmonar, la situación del catéter es correcta.
 Comprueba nuevamente su correcta posición.
 El médico fija a piel con seda y cubrir la zona con apósito estéril.

CUIDADOS DE ENFERMERIA DURANTE LA PERMANENCIA
 Calibra el transductor situándolo a nivel de AD del paciente, establece el valor cero
 Vigila la morfología de las curvas de presión. Su variación puede deberse a cambios en el estado del paciente; artefactos, transmisión del movimiento ventricular, sobre inflado del balón; escapes en las conexiones; burbujas de aire o restos de sangre en los sistemas, coágulos en el extremo distal del catéter; acodaduras, enclavamiento del catéter
 Mantiene la permeabilidad del catéter mediante 500 ml de solución fisiológica al 9% con 5000 unidades de heparina
 Tiene cuidado en la manipulación, sea con asepsia a fin de evitar las infecciones.
 Tiene cuidado de infundir soluciones hipertónicas y fármacos por el conducto distal del catéter, para no lesionar el endotelio arterial
 Infla el balón con aire, nunca con líquido.
 Durante el inflado observa el monitor y se deja de insuflar al cambiar la morfología de la curva de PAP.
 Después de la medición desinfla el balón, ya que si permanece inflado puede ser causa de infarto pulmonar.
 Calibra el transductor 3 veces al día, cada vez que haya una desconexión en el circuito o el paciente cambie de postura
 Si el paciente está sometido a ventilación mecánica, las presiones aumentan como consecuencia del aumento de la presión intra torácica.
 Considera el valor más cercano al real es el obtenido al final de la espiración.

COMPLICACIONES

1. Aritmias
2. Infección: tromboflebitis local, endocarditis
3. Formación de nudos en las cavidades cardíacas
4. Infarto pulmonar
5. Rotura del balón por sobre inflado
6. Perforación de arteria pulmonar
7. Embolia gaseosa

ENTRADA

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Cuidados de Enfermería en la colocación de Catéter Swan Ganz	Servicio de UCI	Demanda	Manual

SALIDA

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Cuidados de Enfermería en la colocación de Catéter Swan Ganz	Servicio de UCI	Demanda	Manual

REGISTROS : Libro de Procedimientos.

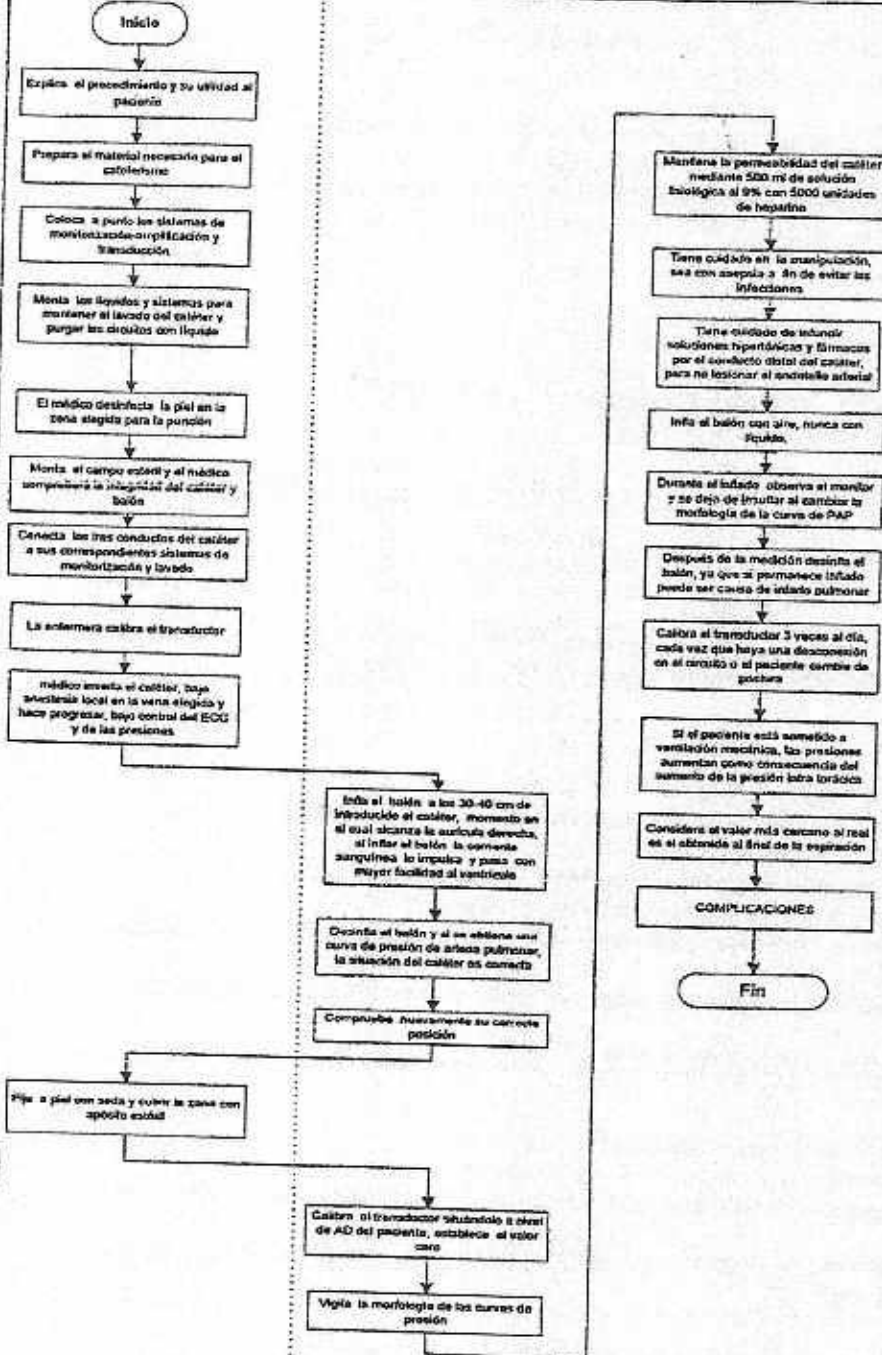
ANEXOS :
 1. EQUIPOS
 Monitor cardiaco con módulos de monitoreo invasivo, coche de paro, desfibrilador
 2 MATERIALES
 Cateter Swan Ganz, set de monitoreo, coche de curación, bolsa perfusora, jeringas.
 3. MEDICAMENTOS
 Cloruro de sodio 9%, heparina

PROCEDIMIENTO: CUIDADO DE ENFERMERIA EN LA COLOCACION DE CATETER SWAN GANZ

SERVICIO DE UCI - UCINT

MEDICO / ENFERMERA

ENFERMERA



FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO		Manual de Procedimientos Versión : 1.0	
Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD			
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CUIDADOS Y MONITOREO DE ENFERMERIA EN PRESION ARTERIAL INVASIVA	FECHA :	JULIO- 2012
PROPÓSITO :	<p>Obtener con mayor precisión las mediciones de PA, especialmente en situaciones de hipotensión, arritmias o en casos de hipotermia.</p> <p>Obtener información continua que permite detectar cambios bruscos de la PA.</p> <p>Toma de muestra de sangre arterial en forma continua, evitando punciones innecesarias.</p>		
ALCANCE :	Servicio de UCI		
MARCO LEGAL :	<p>Ley N° 26842 – Ley General de Salud</p> <p>Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud</p> <p>D.S. N° 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley N° 27657</p>		
INDICES DE PERFORMANCE			
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Cuidados y Monitoreo de Enfermería en presión arterial invasiva.	N° de procedimientos	Registro de Procedimientos	Jefe de Servicio
NORMAS			
Directiva N° 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 603- 2006-MINSA			
INICIO	PREPARACION (Enfermera)		
1	<p>Informa al paciente del procedimiento a realizar</p> <p>Lavado de manos, preparación del Personal utilizando mandilones impermeables, guantes estériles, lentes de protección, mascarillas, gorro.</p> <p>Prepara el monitor cardíaco con módulos para medición de presión arterial invasiva.</p> <p>Prepara el material necesario para la instalación de la línea arterial.</p> <p>Prepara y permeabiliza el set de monitoreo y fija a nivel de la línea media axilar, cuarto espacio intercostal (a nivel del corazón).</p> <p>Cera el set de monitoreo y verifica su funcionamiento agitando levemente lo que originara una onda irregular en el monitor.</p> <p>Asiste al médico en la limpieza y asepsia de la zona.</p>		
	PROCEDIMIENTO		
	<p>El médico canaliza la arteria a nivel radial o humeral con el catéter.</p> <p>La enfermera asiste en la permeabilización de la línea con el set de monitoreo.</p> <p>Infunde al momento de conectar para evitar que se puedan quedar residuos de sangre en la conexión.</p> <p>Calibra el transductor situándolo a nivel de AD del paciente y después comunicando con la atmósfera, establece el valor cero.</p>		
	<p>Verifica onda de línea arterial en el monitor y valores de PA</p> <p>El médico fijará con sutura el catéter a piel.</p> <p>Cubre con un oposito transparente estéril.</p> <p>Valora retorno arterial</p> <p>Realizará la curación del catéter cada 72 horas o condicional.</p>		

3	COMPLICACIONES. Hematomas, trombosis arterial, isquemia distal, pseudoaneurismas arteriales, fistulas A-V e infección.		
ENTRADA			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Cuidados y Monitoreo de Enfermería en presión arterial invasiva.	Servicio UCI	Demanda	Jefe de Servicio
SALIDA			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Cuidados y Monitoreo de Enfermería en presión arterial invasiva.	Servicio de UCI	Demanda	Jefe de Servicio
DEFINICIONES :	Es la monitorización de la tensión arterial mediante un catéter ubicado en la arteria (usualmente las arterias radial humeral o femoral conectada a un traductor de presión y puede ser exhibida una forma de onda (un gráfico de presión versus tiempo).		
REGISTROS :	Libro de Procedimientos.		
ANEXOS :	<p>1. EQUIPOS Monitor cardiaco con módulos de monitoreo invasivo.</p> <p>2. MATERIALES Bolsa perfusora o de presión para un sistema de flujo de 3ml/h. Un catéter intravascular apropiado Tubo semirrígido para llenado de fluido con llaves de paso. Un transductor Tablilla protegida de 15-30cm de longitud. Jeringuilla de 1ml con aguja de insulina Lidocaína 1% (sin adrenalina) Gasas, guantes estériles. Agua estéril y antiséptico cutáneo Aguja del 18G Jeringuilla de 2-5cm con suero heparinizado (1 UI/ml) Hilo de sutura 3 "0" con aguja y porta-aguja Apósito transparente estéril. Cinta adhesiva</p> <p>3. MEDICAMENTOS Cloruro de sodio 9% Bolsa de 250-500 ml de suero salino heparinizado (1UI/ml).</p>		



PROCEDIMIENTO: CUIDADOS Y MONITOREO DE ENFERMERIA EN PRESION ARTERIAL INVASIVA

SERVICIO DE UNIDAD DE CIUDADOS INTENSIVOS

MEDICO

ENFERMERA

Inicio

Retirar al paciente del procedimiento a realizar

Lavado de manos, preparación del personal utilizando mandilones impermeables, guantes estériles, batas de protección, mascarilla, gorro

Prepara el monitor cardíaco con módulos para medición de presión arterial invasiva

Prepara el material necesario para la instalación de la línea arterial

Prepara y permeabiliza el sitio de punción y fija a nivel de la línea media axilar, cuarta espacio intercostal

Asiste al médico en la limpieza y asepsia de la zona

Controla la sonda a nivel radial e inserta el catéter

Asiste en la permeabilización de la línea con el set de monitor

Intenta al momento de conectar para evitar que se puedan quedar residuos de sangre en la conexión

Cubre el generador situándolo a nivel de AD del paciente y después conectando con la sonda, establece el valor cero

Verifica onda de línea arterial en el monitor y valores de PA

Fixa con sutura el catéter a piel

Cubre con un apósito transparente aséptico

Valora retorno arterial

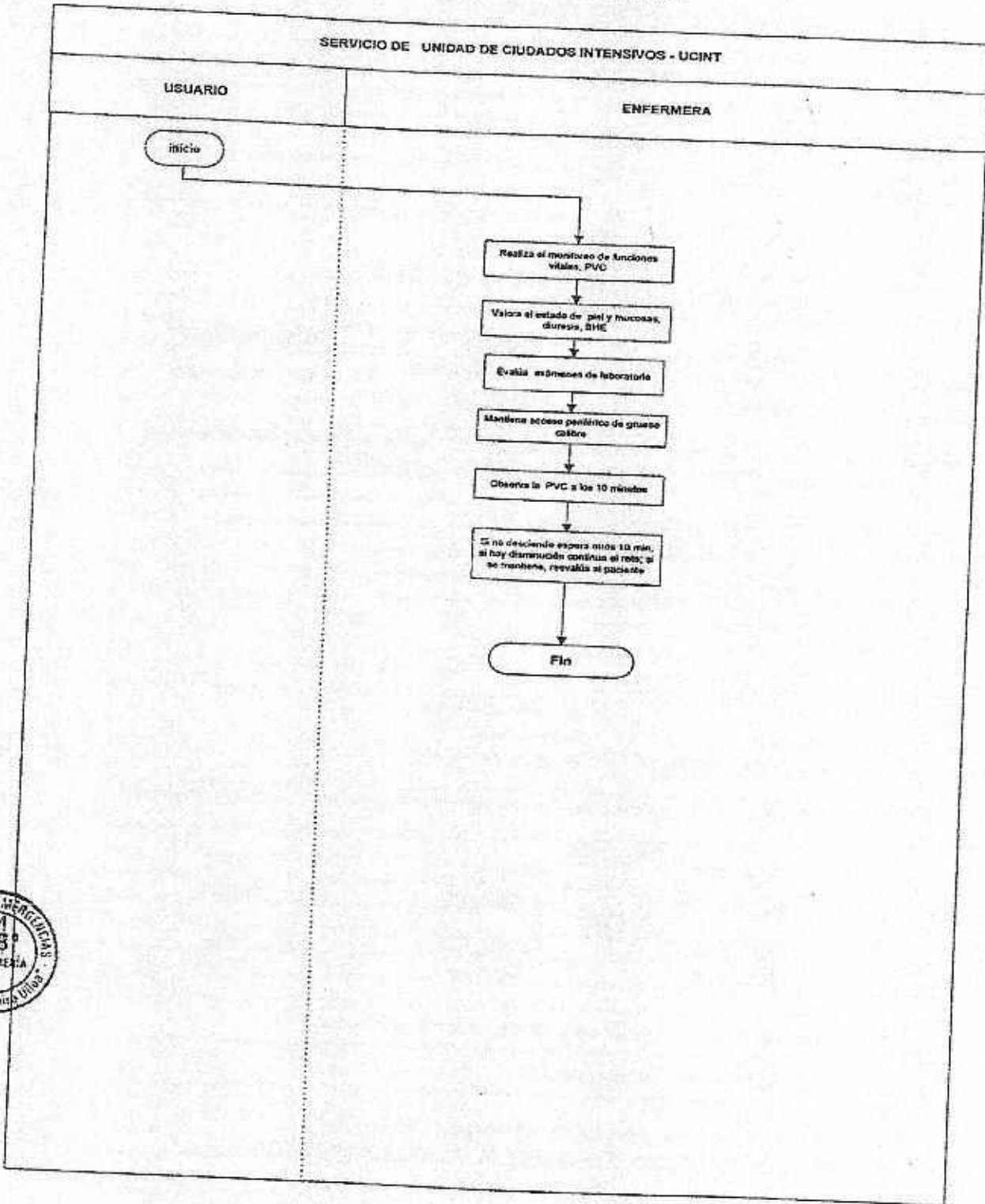
Realizará la curación del catéter cada 72 horas o condicional

Fin



FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO		Manual de Procedimientos Versión : 1.0	
Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD			
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	RETO DE FLUIDOS	FECHA :	JULIO-2012
PROPÓSITO :	Mantener el medio intravascular y la hemodinamia		
ALCANCE :	Servicio UCI - UCINT		
MARCO LEGAL :	Ley N° 26842 – Ley General de Salud Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. N° 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley N° 27657		
INDICES DE PERFORMANCE			
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de Procedimiento en Reto de Fluidos	N° de Procedimientos Realizados.	N° de Procedimientos Realizados.	Jefe de servicio
NORMAS			
Directiva N° 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 603- 2006-MINSA			
INICIO			
1	La enfermera realiza el monitoreo de funciones vitales, PVC		
2	Valora el estado de piel y mucosas, diuresis, BHE		
3	Evalúa exámenes de laboratorio		
4	Mantiene acceso periférico de grueso calibre		
5	PVC < 8cm H2O 200cc 8 – 14 cm H2O 100cc > 14 cm H2O 50cc		
6	Observar la PVC a los 10 minutos		
7	Si sube < 2cm H2O continua con el reto Si aumenta de 2 – 5 cm H2O espera 10 min. Si luego de la espera disminuye 2 cm H2O continua con el reto		
8	Si no desciende espera otros 10 min, si hay disminución continua el reto; si se mantiene, reevalua al paciente.		
ENTRADA			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Reto de fluidos	UCI -UCINT	Demanda	Manual
SALIDA			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Reto de fluidos	UCI -UCINT	Demanda	Manual
DEFINICIONES :	Administración rápida y cuidadosa de fluidos por vía endovenosa		
REGISTROS :	Libro de procedimientos, Historia clínica.		
ANEXOS :	1. EQUIPOS: Bolsa perfusora, set de monitoreo de PVC 2. Material: Guantes, jeringa 20cc, equipo de venoclisis, extensión dis		

PROCEDIMIENTO: RETO DE FLUIDOS



FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO		Manual de Procedimientos Versión : 1.0	
Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD			
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON DRENAJE TORACICO	FECHA :	JULIO-2012
PROPÓSITO :	Drenar y liberar la cavidad pleural o mediastino de la presencia anómala de aire, sangre o líquido excesivo. Evitar el colapso pulmonar o el taponamiento cardiaco.		
ALCANCE :	Servicio de UCI – UCINT - SOP - EMERGENCIA.		
MARCO LEGAL :	Ley N° 26842 – Ley General de Salud Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. N° 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley N° 27657		
INDICES DE PERFORMANCE			
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de procedimientos Cuidados de Enfermería pacientes con Drenaje Torácico.	N° de procedimientos	Registro de Procedimientos	Enfermera Asistencial
NORMAS			
Directiva N° 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 603- 2006-MINSA			
INICIO			
1	<p>FASE PRELIMINAR: DURANTE LA INSTALACION</p> <p>El médico explica el procedimiento al paciente El técnico de enfermería prepara el equipo Coloca al paciente en posición semifowler o lateral según sea el caso:</p> <p>Neumotórax: Segundo y/o tercer espacio intercostales (anterior) Hemotórax: Sexto o séptimo espacio intercostal (Posterior) a nivel de la línea media axilar Toracotomía: segundo o tercer espacio intercostal (anterior) y otro en la zona baja de la línea axilar (posterior)</p>		
2	<p>FASE DE EJECUCION: (Enfermera)</p> <p>Controla de funciones vitales y temperatura Valora la cantidad, color y consistencia del material drenado Valora el límite de la movilidad de la extremidad superior drenado Valora el límite de la movilidad de la extremidad superior afectada Tiene cuidado de que el tubo quede firmemente fijado. El médico indica control Radiográfico. Deja al paciente en posición cómoda</p>		

3 FASE DE MONITOREO (Enfermera)

Observa si hay signos y síntomas de neumotórax.
 Se asegura de que todas las conexiones de los tubos están firmemente fijadas.
 Mantiene el recipiente del drenaje por debajo del nivel del pecho.
 Observa la posición del tubo mediante estudios radiográficos
 Observa periódicamente la corriente/salida del tubo torácico y las fugas de aire.
 Observa si hay burbujas en la cámara de aspiración del sistema de drenaje del tubo torácico y corrientes en la cámara hermética.
 Verifica y mantiene la permeabilidad del tubo torácico.
 Observa si hay crepitación alrededor de la zona de inserción del tubo torácico.
 Observa si hay signos de acumulación de líquido intrapleurales
 Observa y registra el volumen, color y consistencia del drenaje.
 Observa si hay signos de infección
 Ayuda al paciente a toser, respirar profundamente y girarlo cada dos horas.
 Se asegura de que el dren torácico se mantenga en una posición vertical.
 Supervisa que el paciente realice los ejercicios respiratorios.
 Cambia de posición al paciente y se mantendrá en posición semifowler.
 Tiene cuidado que al movilizar al paciente se debe pinzar el tubo previamente
 Ordeña el tubo para evitar que se obstruya con un coágulo
 Cambia el frasco cada 24 horas.

ENTRADA			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Nº de procedimientos Cuidados de Enfermería pacientes con Drenaje Torácico.	UCI - ICINT	A demanda	Manual

SALIDA			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Nº de procedimientos Cuidados de Enfermería pacientes con Drenaje Torácico.	UCI - ICINT	A demanda	Manual

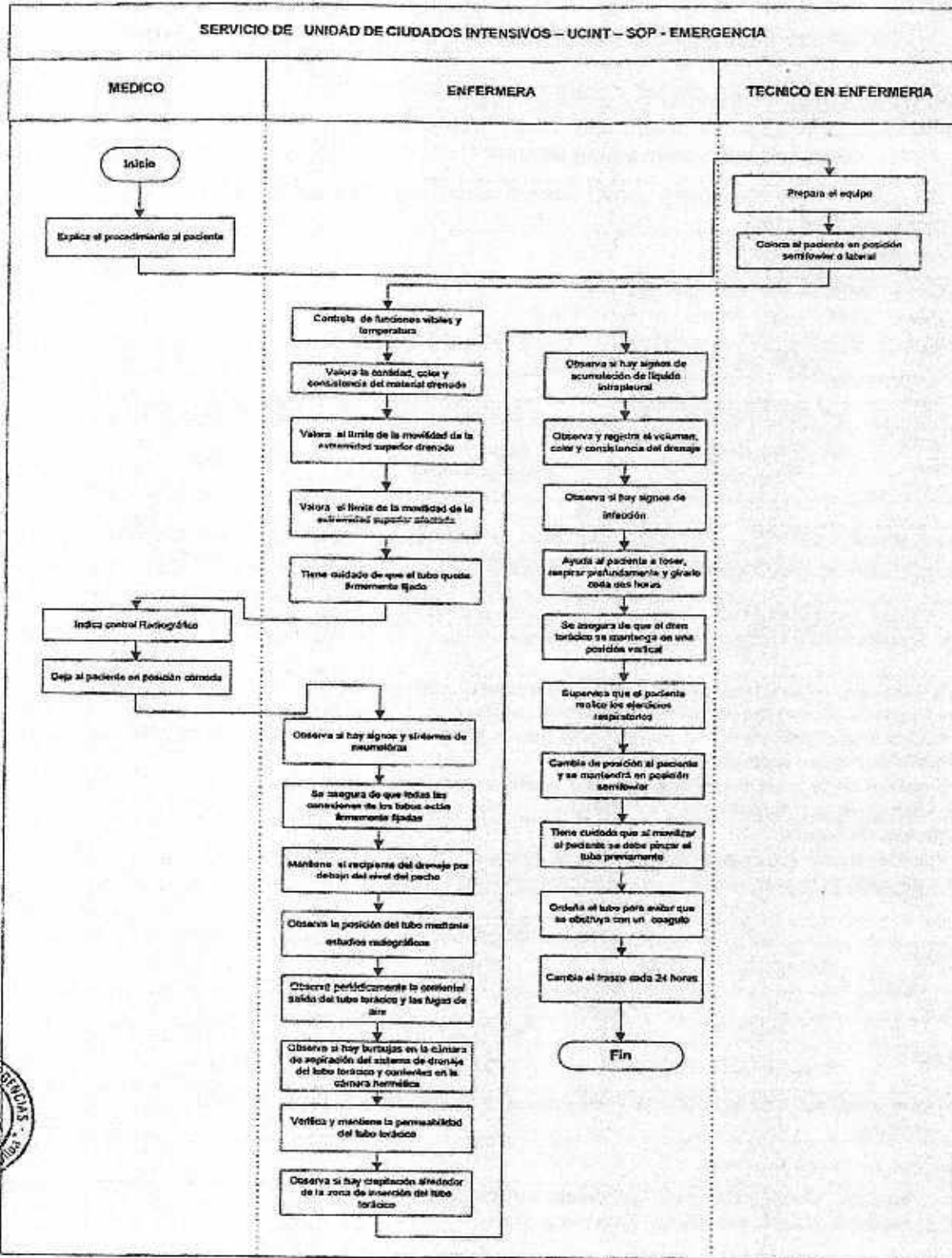
DEFINICIONES :
 El drenaje torácico es una técnica que pretende drenar y liberar de manera continuada la cavidad pleural de la presencia anómala de aire o líquido excesivo restaurando así, la presión negativa necesaria para una adecuada expansión pulmonar; o bien, permitir el drenaje de la cavidad mediastínica que permita el correcto funcionamiento del corazón en los post-operados de cirugía torácica o cardiaca. Por tanto, las situaciones que con la técnica se pretenden evitar son: el colapso pulmonar o el taponamiento cardiaco

REGISTROS :
 Libro de Procedimientos, historia clínica

ANEXOS :
EQUIPOS:
 Coche de Curaciones, equipo de cirugía menor, equipo de drenaje, monitor cardiaco..
MATERIALES:
 Registros de Enfermería, historia clínica.



PROCEDIMIENTO: CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON DRENAJE TORACICO



FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

Manual de
Procedimientos
Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	ARMADO DE VENTILADOR MECANICO	FECHA :	JULIO-2012
PROPÓSITO :	Garantizar un correcto armado y asegurar que el paciente reciba una ventilación mecánica adecuada.		
ALCANCE :	Servicio: UCI - UCINT		
MARCO LEGAL :	Ley N° 26842 - Ley General de Salud Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud D.S. N° 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley N° 27657		

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de Procedimientos de Armado de Ventilador mecánico.	N° de Procedimientos Realizados.	Registro de Procedimientos.	Jefe de Servicio

NORMAS

▪ Directiva N° 007 - MINSA / OGPP - V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 603-2006-MINSA

INICIO	
1	El técnico de enfermería hace uso de mascarilla, gorro, mandilón, guantes estériles.
2	Verifica la operatividad y funcionamiento del ventilador, utilizando el circuito respiratorio de prueba.
3	Realiza la apertura del empaque que contiene los accesorios del ventilador. Arma las tubuladuras con las trampas de agua y conexiones en Y respiratorios. Coloca el filtro inspiratorio en el VM, asegurando que el filtro se encuentre en posición correcta. Coloca el diafragma en la salida espiratoria. Instala el sensor de flujo en la salida espiratoria verificar posición correcta. Coloca las tubuladoras inspiratorias y espiratorias.
4	Realiza prueba de fugas. Protege la conexión en Y con guante estéril hasta su uso. La enfermera verifica la operatividad y el adecuado funcionamiento del VM.

ENTRADA

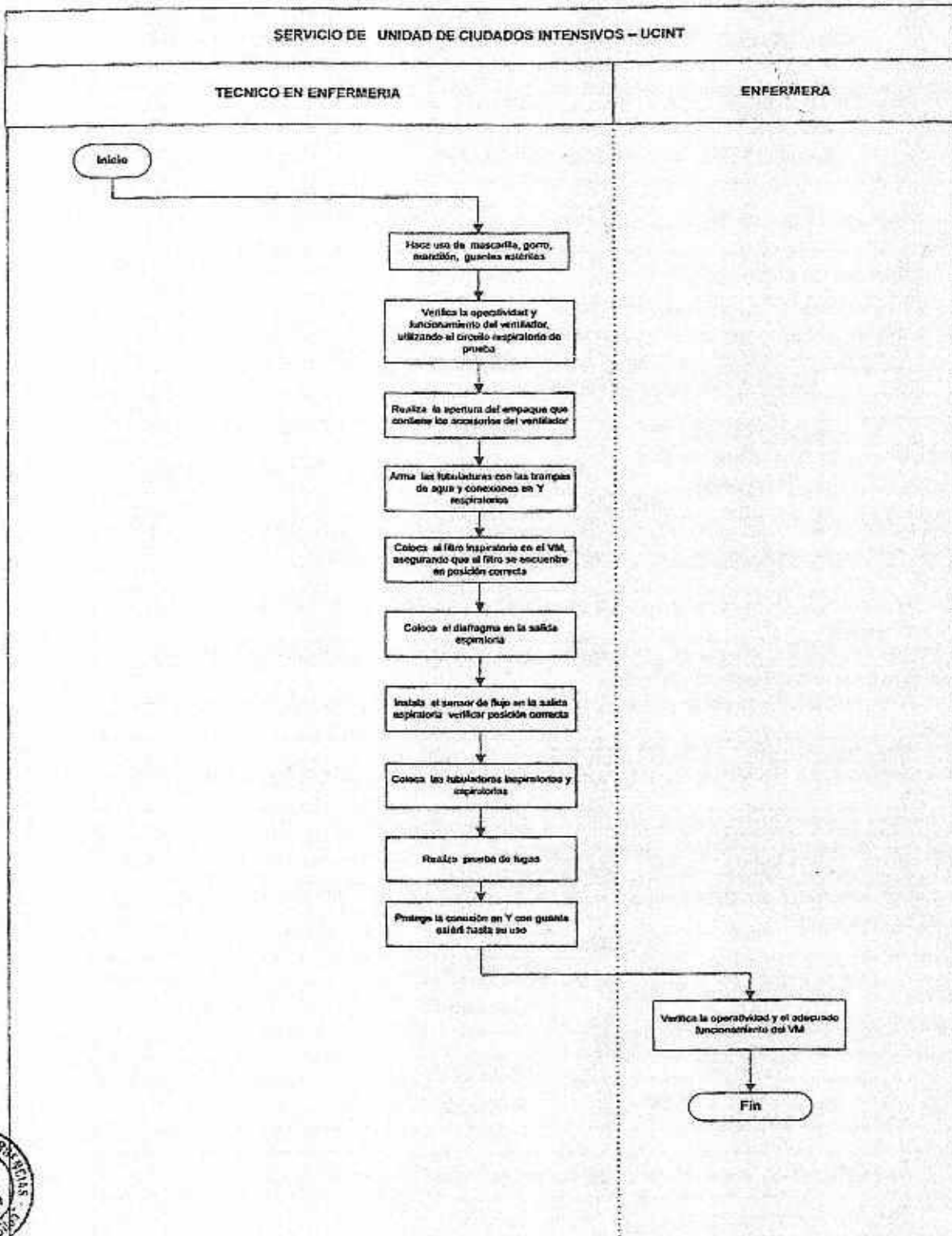
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Armado de Ventilador Mecánico.	Servicio UCI-UCINT	Diario	Manual

SALIDA

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Ventilador correctamente armado.	Servicio UCI-UCINT	Diario	Manual

DEFINICIONES :	Es la instalación de los circuitos y accesorios del ventilador mecánico en forma correcta.
REGISTROS :	Libro de Procedimientos.
EQUIPOS :	1. Equipos: Corrugados estériles, Ventilador mecánico. 2. Material: Mandil, mascarilla, guantes y gorro.

PROCEDIMIENTO: ARMADO DE VENTILADOR MECANICO



FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

Manual de
Procedimientos
Versión: 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL
PROCEDIMIENTO

MANEJO DEL VENTILADOR MECANICO

FECHA:

JULIO-2012

PROPÓSITO:

Manejo adecuado del ventilador mecánico por el profesional de Enfermería.

ALCANCE:

Servicio de UCI - UCINT

MARCO LEGAL:

Ley N° 26842 – Ley General de Salud
Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud
D.S. N° 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley N° 27657

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR

UNIDAD DE MEDIDA

FUENTE

RESPONSABLE

N° de procedimientos del
manejo de VMN° de Procedimientos
Realizados

Registro de Enfermería

Enfermera Asistencial.

NORMAS

Directiva N° 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 603- 2006-MINSA

INICIO

- 1 La enfermera verifica el armado y programa el ventilador mecánico según indicación médica y prueba con el pulmón.
- 2 Verifica la operatividad del saturador, para monitorizar la saturación de oxígeno del paciente.
- 3 Control gasométrico antes de iniciar la V. M.
Colocar el filtro antibacteriano entre el V.M. y el TET del paciente. Además de filtro en la rama espiratoria.
- 4 Conecta el ventilador al TET o tubo de traqueotomía del paciente.
- 5 Ausculta ambos campos pulmonares para verificar el pasaje de aire pulmonar y la expansión torácica.
- 6 Valora y registra los parámetros respiratorios en la hoja de monitoreo.
- 7 Esta alerta a la presencia de cianosis, bronco espasmo
- 8 Evalúa la presión pico, el llenado capilar y color de secreciones.
- 9 Realiza control gasométrico según indicación, después de iniciada la V. M. para corregir los parámetros ventilatorios.

ENTRADA

NOMBRE

FUENTE

FRECUENCIA

TIPO

Manejo del Ventilador
Mecánico

Servicio UCI – UCINT

Demanda

manual

SALIDA

NOMBRE

DESTINO

FRECUENCIA

TIPO

Manejo de Ventilador
Mecánico

Servicio UCI – UCINT

Demanda

manual

DEFINICIONES:

Es la utilización correcta de un equipo especializado en ventilo terapia.

REGISTROS:

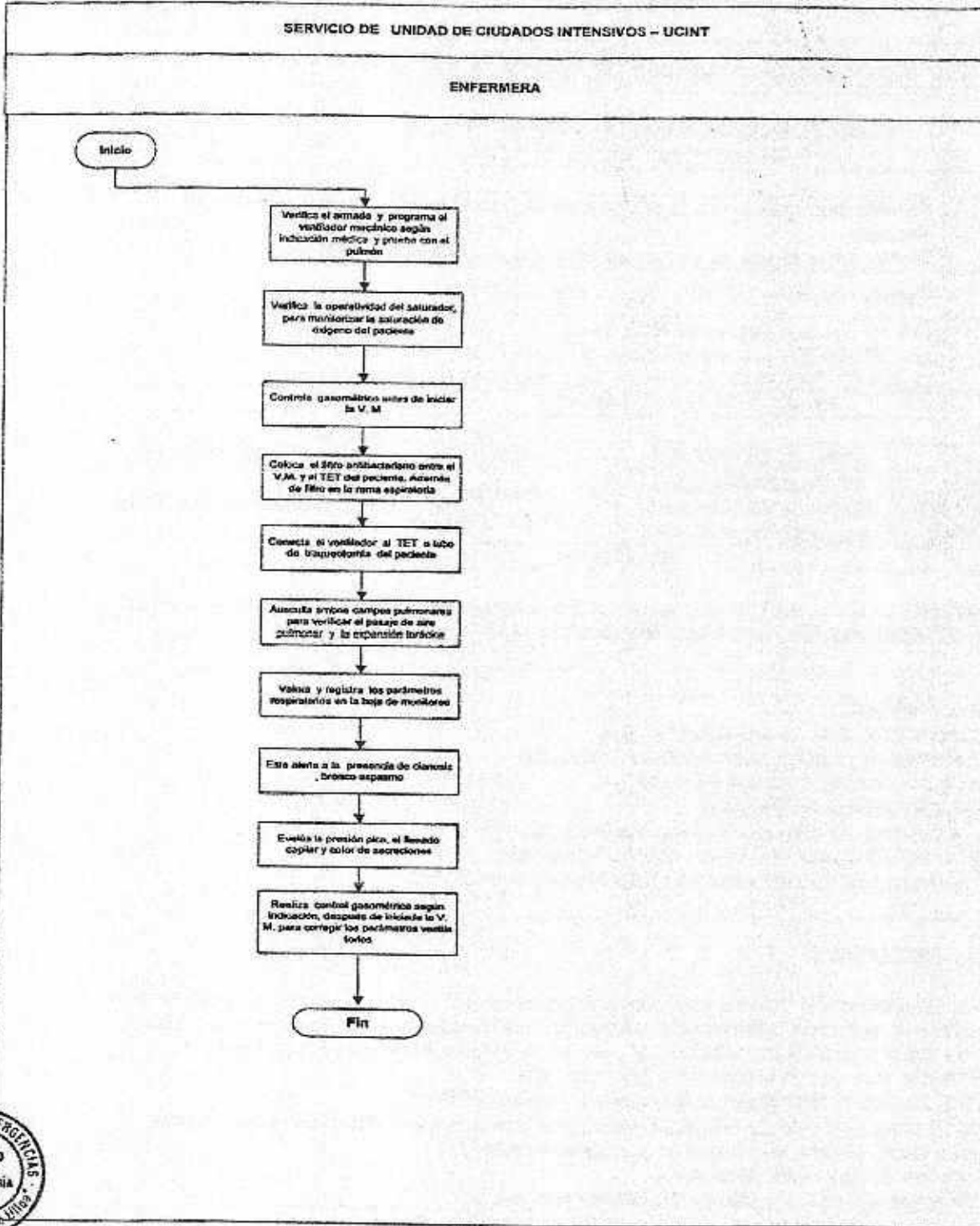
Libro de Procedimientos.

EQUIPOS:

EQUIPO:
Ventilador Mecánico, Fuente de O2.
Equipo de protección mandil, guantes y mascarilla.

MATERIALES:
Pulmón de prueba y accesorios del ventilador mecánico.

PROCEDIMIENTO: MANEJO DE VENTILADOR MECANICO



	FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	Manual de Procedimientos Versión : 1.0
--	---------------------------------------	--

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	CUIDADOS DE ENFERMERIA PACIENTES CON VENTILACION NO INVASIVA (VMNI)	FECHA:	JULIO-2012
--------------------------	---	--------	------------

PROPÓSITO : Permite incrementar la ventilación alveolar, manteniendo las vías respiratorias intactas.
Disminuye el riesgo de neumonía asociada a ventilación mecánica.

ALCANCE : Servicio de UCI - UCINT - SOP - EMERGENCIA.

MARCO LEGAL : Ley N° 26842 - Ley General de Salud
Ley N° 27857 - Ley del Ministerio de Salud
D.S. N° 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley N° 27657

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de procedimientos Cuidados de Enfermería en pacientes con VMNI	N° de procedimientos Cuidados de Enfermería en pacientes con VMNI	Registro de Procedimientos	Enfermera Asistencial

NORMAS

Directiva N° 007 - MINSA / OGPP - V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 603- 2006-MINSA

INICIO

1 **FASE PRELIMINAR:**
 Informa al paciente el procedimiento a realizar
 Prepara el material y realiza el chequeo del ventilador
 Elige el tipo de interface para el paciente
 Ajusta los parámetros ventilatorios
 Coloca al paciente en posición decúbito supino a 45°
 Protege la nariz del paciente con un apósito hidrocoloide
 Hidrata las mucosas, colocar vaselina en los labios y fosas nasales

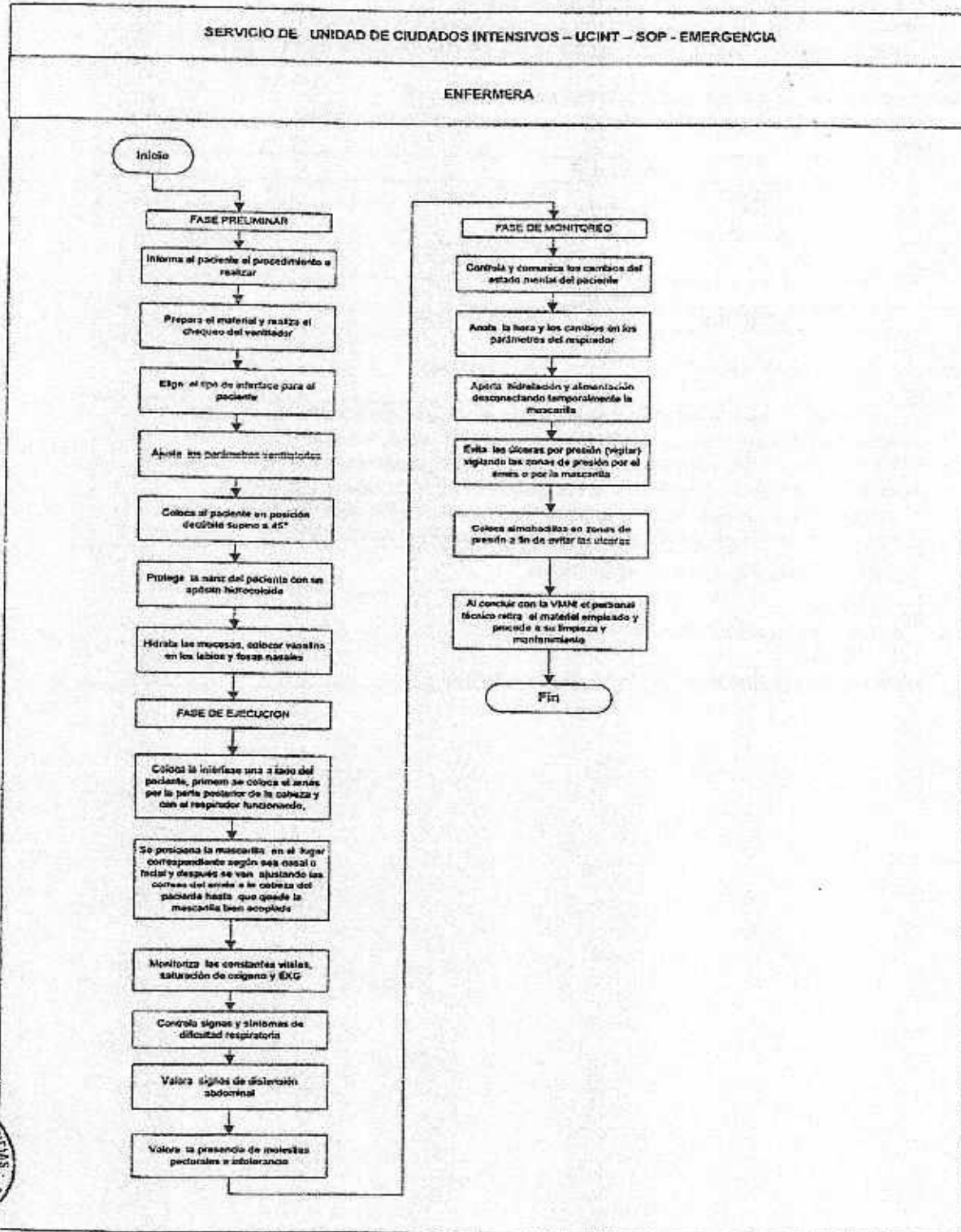
2 **FASE DE EJECUCION:**
 Coloca la interfase una a lado del paciente, primero se coloca el arnés por la parte posterior de la cabeza y con el respirador funcionando, se posiciona la mascarilla en el lugar correspondiente según sea nasal o facial y después se van ajustando las correas del arnés a la cabeza del paciente hasta que quede la mascarilla bien acoplada.
 Monitoriza las constantes vitales, saturación de oxígeno y EKG
 Controla signos y síntomas de dificultad respiratoria (cianosis distal, disminución del nivel de conciencia, como valores anormales de funciones vitales)
 Valora signos de distensión abdominal.
 Valora la presencia de molestias pectorales e intolerancia



3	FASE DE MONITOREO Controla y comunicar los cambios del estado mental del paciente (inquietud, confusión y agitación). Anota la hora y los cambios en los parámetros del respirador Aporta hidratación y alimentación desconectando temporalmente la mascarilla Evita las úlceras por presión (vigilar) vigilando las zonas de presión por el arnés o por la mascarilla Coloca almohadillas en zonas de presión a fin de evitar las úlceras Al concluir con la VMNI el personal técnico retira el material empleado y procede a su limpieza y mantenimiento		
ENTRADA			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Nº de procedimientos Cuidados de Enfermería en pacientes con VMNI	UCI – ICINT	A demanda	Manual
SALIDA			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Nº de procedimientos Cuidados de Enfermería en pacientes con VMNI	UCI – ICINT	A demanda	Manual
DEFINICIONES :	La ventilación mecánica no invasiva es una modalidad de soporte ventilatorio que permite incrementar la ventilación alveolar, manteniendo las vías respiratorias intactas, no precisa intubación endotraqueal ni traqueotomía, por lo que se evita el riesgo de neumonía asociada a la ventilación mecánica, disminuyendo las necesidades de sedación del paciente. Es una ventilación más fisiológica, menos agresiva, permitiendo en algunas situaciones la alimentación oral.		
REGISTROS :	Libro de Procedimientos, historia clínica		
ANEXOS :	EQUIPOS: Ventilador mecánico, monitor. MATERIALES: Interface, registros de enfermería, historia clínica.		



PROCEDIMIENTO: CUIDADOS DE ENFERMERIA PACIENTES CON VENTILACION NO INVASIVA (VMNI)

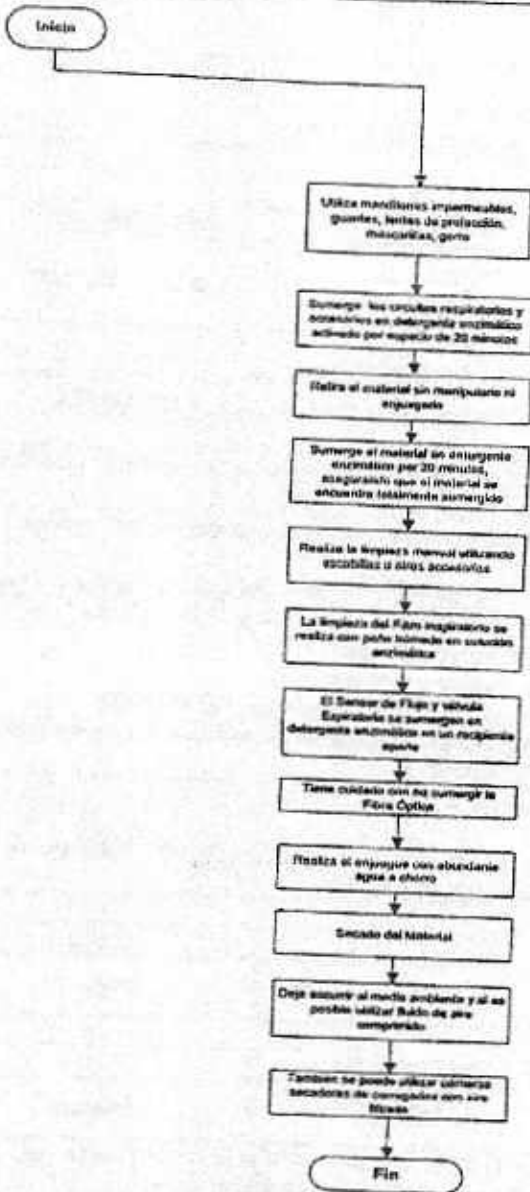


FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO		Manual de Procedimientos Versión : 1.0	
Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD			
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	LIMPIEZA DEL CIRCUITO RESPIRATORIO DEL VENTILADOR MECANICO	FECHA :	JULIO- 2012
PROPÓSITO :	Lograr la disminución de la biocarga de los circuitos respiratorios a niveles seguros para el operador antes de la desinfección.		
ALCANCE :	Servicio: UCI - UCINT		
MARCO LEGAL :	Ley N° 26842 – Ley General de Salud Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. N° 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley N° 27657		
INDICES DE PERFORMANCE			
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de Procedimientos de Limpieza de los circuitos respiratorios.	N° de Procedimientos realizados.	Registro de Procedimientos.	Jefe de Servicio
NORMAS			
- Directiva N° 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 603- 2006-MINSA			
INICIO			
1	Preparación del Personal: El técnico de enfermería Utiliza mandilones impermeables, guantes, lentes de protección, mascarillas, gorro.		
2	Realización del Pre Lavado: Sumerge los circuitos respiratorios y accesorios en detergente enzimático activado por espacio de 20 minutos. Retira el material sin manipularlo ni enjuagarlo. (Este detergente será descartado según normas).		
3	Realización de Lavado: Sumerge el material en detergente enzimático por 20 minutos, asegurando que el material se encuentre totalmente sumergido Realiza la limpieza manual utilizando escobillas u otros accesorios. La limpieza del Filtro Inspiratorio se realiza con paño húmedo en solución enzimática. El Sensor de Flujo y válvula Espiratoria se sumergen en detergente enzimático en un recipiente aparte. Teniendo cuidado con no sumergir la Fibra Óptica.		
4	Enjuague: Realiza el enjuague con abundante agua a chorro.		
5	Secado del Material Deja escurrir al medio ambiente y si es posible utilizar fluido de aire comprimido. También se puede utilizar cámaras secadoras de corrugados con aire filtrado.		
ENTRADA			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Limpieza del Circuito Respiratorio.	Servicio UCI-UCINT	Diario	Manual
SALIDA			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Circuitos Respiratorios descontaminados	Servicio UCI-UCINT	Diario	Manual
DEFINICIONES :	La Limpieza es la remoción mecánica de toda materia extraña en el ambiente, en superficies y objetos utilizando para ello el Lavado Manual o Mecánico.		
REGISTROS :	Libro de Procedimientos.		
ANEXOS :	1. Equipos: Secadora de corrugados, Lavatorio, Recipientes, Escobilla. 2. Material: Detergente enzimático, agua.		

PROCEDIMIENTO: LIMPIEZA DEL CIRCUITO RESPIRATORIO DEL VENTILADOR MECANICO

SERVICIO DE UNIDAD DE CIUDADOS INTENSIVOS – UCINT – SOP - EMERGENCIA

TECNICO EN ENFERMERIA



FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO

Manual de
Procedimientos
Versión : 1.0

Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACION DE LA SALUD

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	DESINFECCION ALTO NIVEL DEL CIRCUITO RESPIRATORIO DEL VENTILADOR MECANICO	FECHA :	JULIO-2012
--------------------------	---	---------	------------

PROPÓSITO :	Lograr la eliminación de todo microorganismo bacteriano (incluyendo las esporas) a través de los diferentes métodos.
-------------	--

ALCANCE :	Servicio: UCI - UCINT
-----------	-----------------------

MARCO LEGAL :	Ley N° 26842 – Ley General de Salud Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. N° 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley N° 27657
---------------	---

INDICES DE PERFORMANCE

INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de Procedimientos de Desinfección de los circuitos respiratorios.	Nº de Procedimientos realizados.	Registro de Procedimientos.	Jefe de Servicio

NORMAS

▪ Directiva N° 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 603- 2006-MINSA

INICIO	
1	Preparación del Personal.- El técnico de enfermería utiliza mandilones impermeables, guantes, lentes de protección, mascarillas, gorro.
2	Desinfección.- Sumerge por espacio de 1 hora los circuitos respiratorios en la solución de glutaraldehído al 2% el que se encuentra en un recipiente con tapa y bandeja perforada. El sensor de flujo y válvula espiratoria serán desinfectado en un recipiente aparte teniendo cuidado que no se moje la fibra óptica.
3	Enjuague.- Retira el material esterilizado y sumergirlo en un recipiente que contenga agua estéril por dos veces. Teniendo sumo cuidado para evitar una posible contaminación
4	Secado.- Usa gasas o campos estériles los circuitos estarán colocados en campo estéril para su uso inmediato o almacenado en un protector o contenedor estéril.
5	Si el material va a ser esterilizado en oxido de etileno, después de su limpieza y secado: Procede al empaque correspondiente (en central de esterilización). Rotula el recipiente que contiene el glutaraldehído con fecha y nombre del personal responsable de la preparación de la solución.

ENTRADA

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Desinfección Alto Nivel de Circuito Respiratorio.	Servicio UCI-UCINT	Diario	Manual

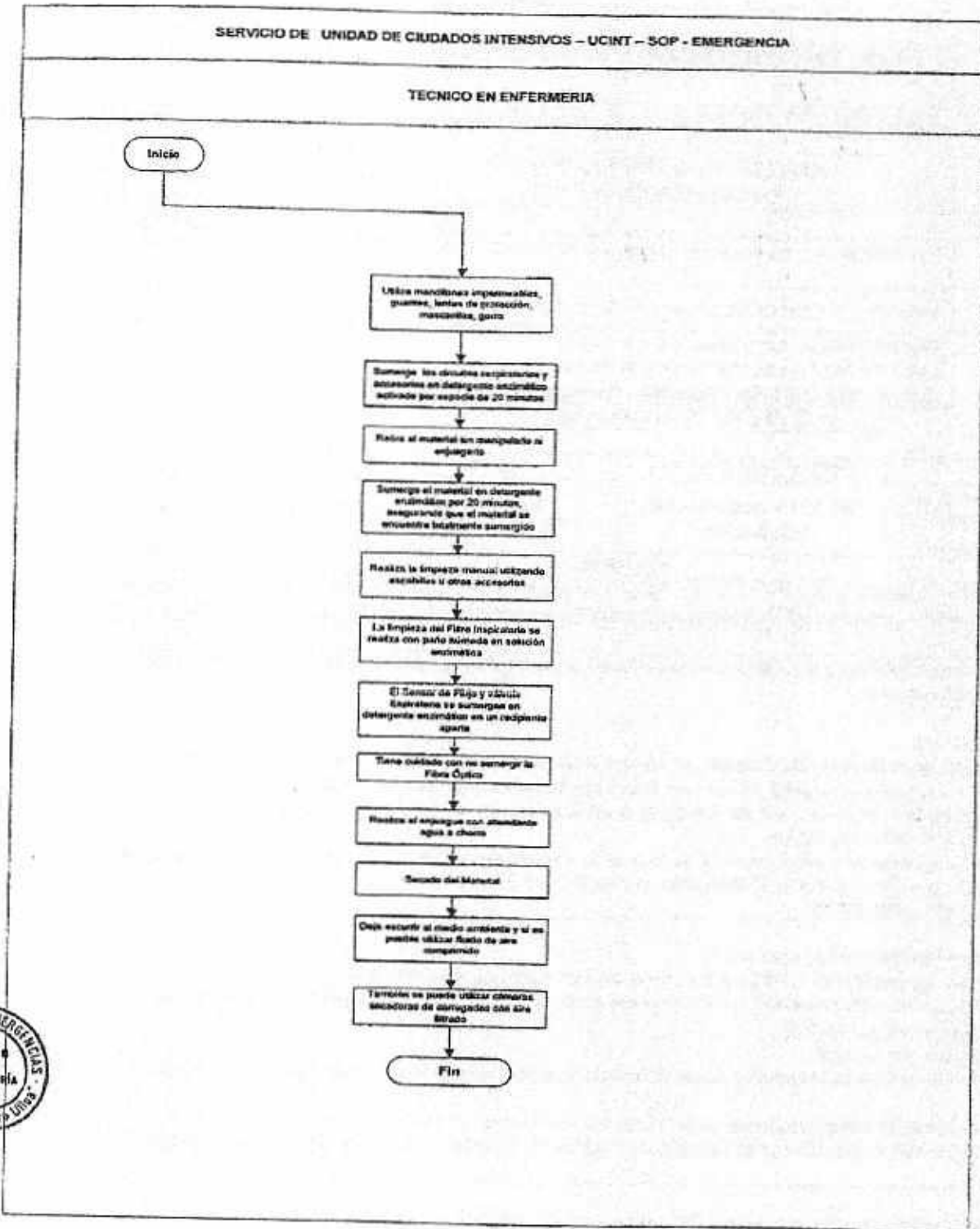
SALIDA

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Circuitos Respiratorios con	Servicio UCI-UCINT	Diario	Manual

DAN	
DEFINICIONES :	La Esterilización es la eliminación o destrucción completa de todas las formas de vida microbiana, incluyendo las esporas.
REGISTROS :	Libro de Procedimientos.
ANEXOS :	<ol style="list-style-type: none">1. Equipos: Secadora de circuitos o fuente de aire comprimido. Equipo de bioseguridad.2. Materiai: 2 Contenedores con bandeja perforada, solución de Glutaraldehido al 2%, agua estéril.



PROCEDIMIENTO: DESINFECCION DE ALTO NIVEL DEL CIRCUITO RESPIRATORIO DEL VENTILADOR MECANICO

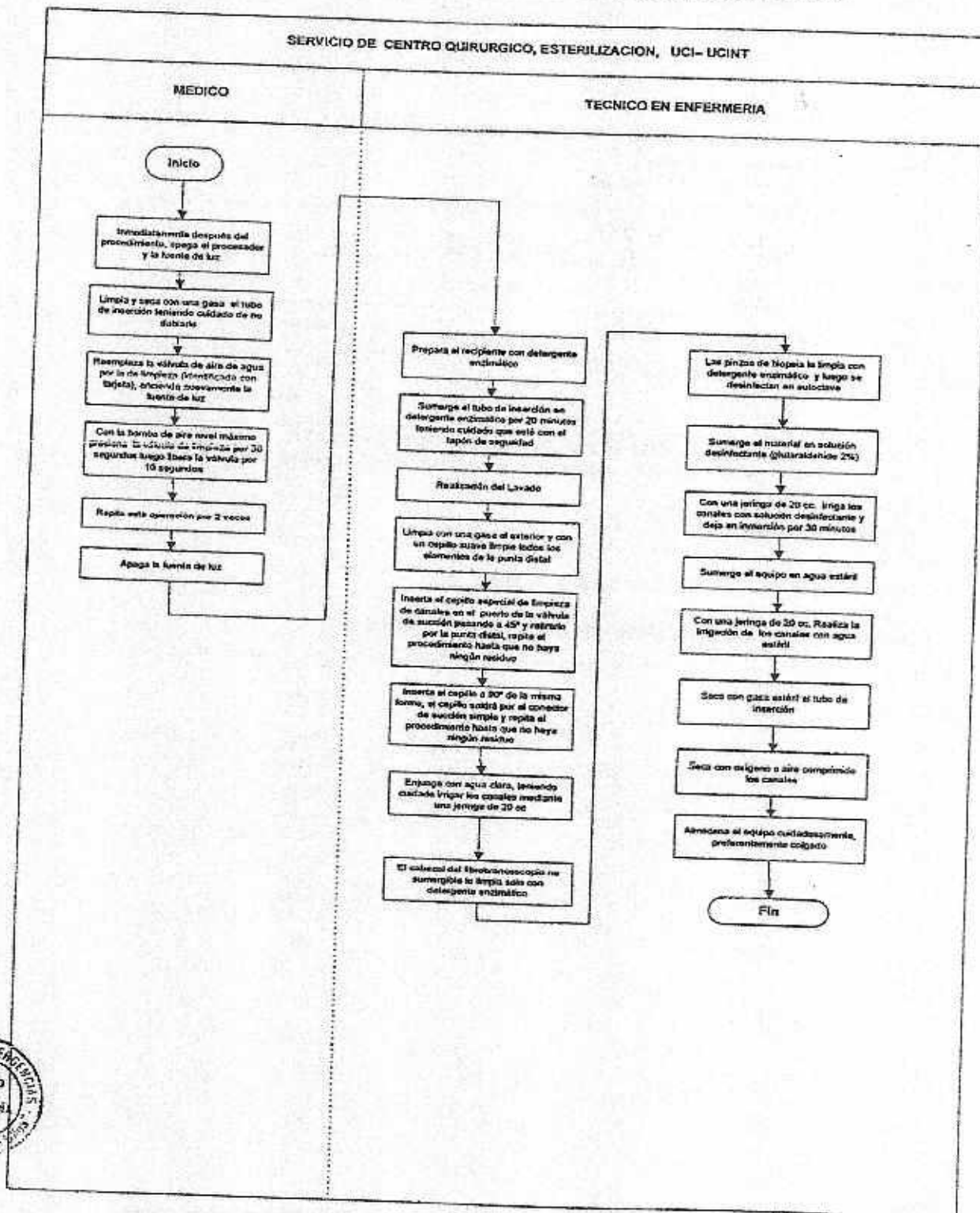


FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO		Manual de Procedimientos Versión : 1.0	
Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD			
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DEL FIBROBRONCOSCOPIO	FECHA :	JULIO- 2012
PROPÓSITO :	Garantizar una correcta de limpieza y desinfección del fibrobroncoscopio.		
ALCANCE :	Servicio de Centro Quirúrgico, Esterilización, UCI y UCINT		
MARCO LEGAL :	Ley N° 26842 – Ley General de Salud Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. N° 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley N° 27657		
INDICES DE PERFORMANCE			
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de Procedimientos de Limpieza y Desinfección del Fibrobroncoscopio	N° de Procedimientos Realizados,	Registro de Procedimientos	Jefe de Servicio
NORMAS			
▪ Directiva N° 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 603- 2006-MINSA			
INICIO			
1	<p>Preparación del Personal utilizando mandilones impermeables, guantes, lentes de protección, mascarillas, gorro.</p> <p>Pre Limpieza El médico inmediatamente después del procedimiento, apaga el procesador y la fuente de luz. Limpia y seca con una gasa el tubo de inserción teniendo cuidado de no doblarlo. Reemplaza la válvula de aire de agua por la de limpieza (identificada con tarjeta), enciende nuevamente la fuente de luz. Con la bomba de aire nivel máximo presiona la válvula de limpieza por 30 segundos luego libera la válvula por 10 segundos. Repita esta operación por 2 veces. Apague la fuente de luz.</p>		
2	<p>Limpieza y/o Descontaminación. El técnico de enfermería prepara el recipiente con detergente enzimático. Sumerge el tubo de inserción en detergente enzimático por 20 minutos teniendo cuidado que esté con el tapón de seguridad. Realización del Lavado Limpia con una gasa el exterior y con un cepillo suave limpie todos los elementos de la punta distal. Luego inserta el cepillo especial de limpieza de canales en el puerto de la válvula de succión pasando a 45° y retirarlo por la punta distal, repita el procedimiento hasta que no haya ningún residuo.</p>		
	<p>Posteriormente inserta el cepillo a 90° de la misma forma, el cepillo saldrá por el conector de succión simple y repita el procedimiento hasta que no haya ningún residuo. Enjuaga con agua clara, teniendo cuidado irrigar los canales mediante una jeringa de 20 cc. El cabezal del fibrobroncoscopio no sumergible lo limpia solo con detergente enzimático. Las pinzas de biopsia lo limpia con detergente enzimático y luego se desinfectan en autoclave.</p>		

4	<p>Desinfección Alto Nivel Sumerge el material en solución desinfectante (glutaraldehído 2%). Con una jeringa de 20 cc. irriga los canales con solución desinfectante y deja en inmersión por 30 minutos.</p>
5	<p>Enjuague y Secado Sumerge el equipo en agua estéril. Con una jeringa de 20 cc. Realiza la irrigación de los canales con agua estéril. Seca con gasa estéril el tubo de inserción. Seca con oxígeno o aire comprimido los canales. Almacena el equipo cuidadosamente, preferentemente colgado.</p>
ENTRADA	
NOMBRE	FUENTE
Limpieza y Desinfección del Fibrobroncospio.	Servicio de SOP-UCI-UCINT
FRECUENCIA	TIPO
Demanda	Manual
SALIDA	
NOMBRE	DESTINO
Fibrobroncoscopio con DAN	Servicio de SOP-UCI-UCINT
FRECUENCIA	TIPO
Demanda	Manual
DEFINICIONES :	Procedimiento químico mediante el cual se consigue destruir todos los microorganismos potencialmente patógenos, incluyendo micobacterium tuberculosis y esporas.
REGISTROS :	Libro de Procedimientos.
ANEXOS :	1. EQUIPOS Recipientes, escobillas, cepillos, Cubeta de Metal 2. Material Detergente enzimático, desinfectante alto nivel, agua estéril.



PROCEDIMIENTO: LIMPIEZA Y DESINFECCION DEL FIBROBRONCOSCOPIO



FICHA DE DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO		Manual de Procedimientos Versión: 1.0	
Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD			
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	MONITOREO DE PRESION INTRAABDOMINAL	FECHA :	JULIO-2012
PROPÓSITO :	Evitar alteraciones agudas en los órganos contenidos en la cavidad abdominal		
LUGAR DE EJECUCIÓN :	Servicios de UCI, UCINT		
MARCO LEGAL :	Ley N° 26842 – Ley General de Salud Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. N° 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley N° 27657		
INDICES DE PERFORMANCE			
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
Nº de tomas de Presión Intra abdominal	Nº de procedimientos realizados	Registro de procedimientos	Jefe de Servicio
NORMAS			
Directiva N° 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 603-2006-MINSA			
INICIO	<p>FASE PRELIMINAR</p> <p>Realiza el sondaje vesical con todas las medidas de asepsia, antisepsia. Coloca la cama en posición horizontal y al paciente en decúbito supino.</p> <p>Lavado de manos</p> <p>FASE DE EJECUCION</p> <p>Localiza el punto cero de la regla de medición, situada al nivel de la sínfisis del pubis</p> <p>Adapta a la sonda vesical una llave de tres vías; una rama de ésta se conecta al sistema de drenaje urinario y otra al sistema de medición de presión que puede ser hidráulico (varilla de PVC) o electrónico.</p> <p>Verifica que la vejiga se encuentre completamente evacuada se administra 1-2cc de solución salina fisiológica al 0,9%/Kg de peso, dejando cerrado la luz de salida de la sonda vesical.</p> <p>Verifica que si el transductor de presión es hidráulico (regla de medición de la PVC) deja pasar la solución salina fisiológica necesaria para que el tramo de la escala quede libre de burbujas de aire.</p> <p>Luego la sonda vesical se comunica con la escala de medición y el menisco de agua-orina comienza a descender hasta alcanzar el valor de la presión Intra abdominal.</p> <p>Registra el valor cuando observa una pequeña oscilación con la respiración</p> <p>Verifique Presionando bajo el vientre y observa un ascenso del menisco con aumento de los valores de dicha presión.</p> <p>El resultado de la presión Intra abdominal se recoge en cm de agua y se convierte en mm de Hg (1 mm Hg equivale a 1.36 H₂O).</p>		



Dependiendo de la medición si es intermitente o continua, se dejará abierto o cerrado el sistema.
DESPUES
 Manejo del sistema cerrado con técnica aséptica
 Retira la conexión ante cualquier manifestación de intolerancia por parte del paciente (dolor alteraciones hemodinámicas).

ENTRADA

NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Monitoreo de presión Intra abdominal	Servicio de UCI,UCINT	A demanda	Manual

SALIDA

NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Presión Intra abdominal	Servicio de UCI,UCINT	A demanda	Manual

DEFINICIONES : Es un procedimiento en la cual se registra la presión Intra abdominal resultado de la tensión presente dentro del espacio anatómico abdominal.

REGISTROS : Libro de procedimientos

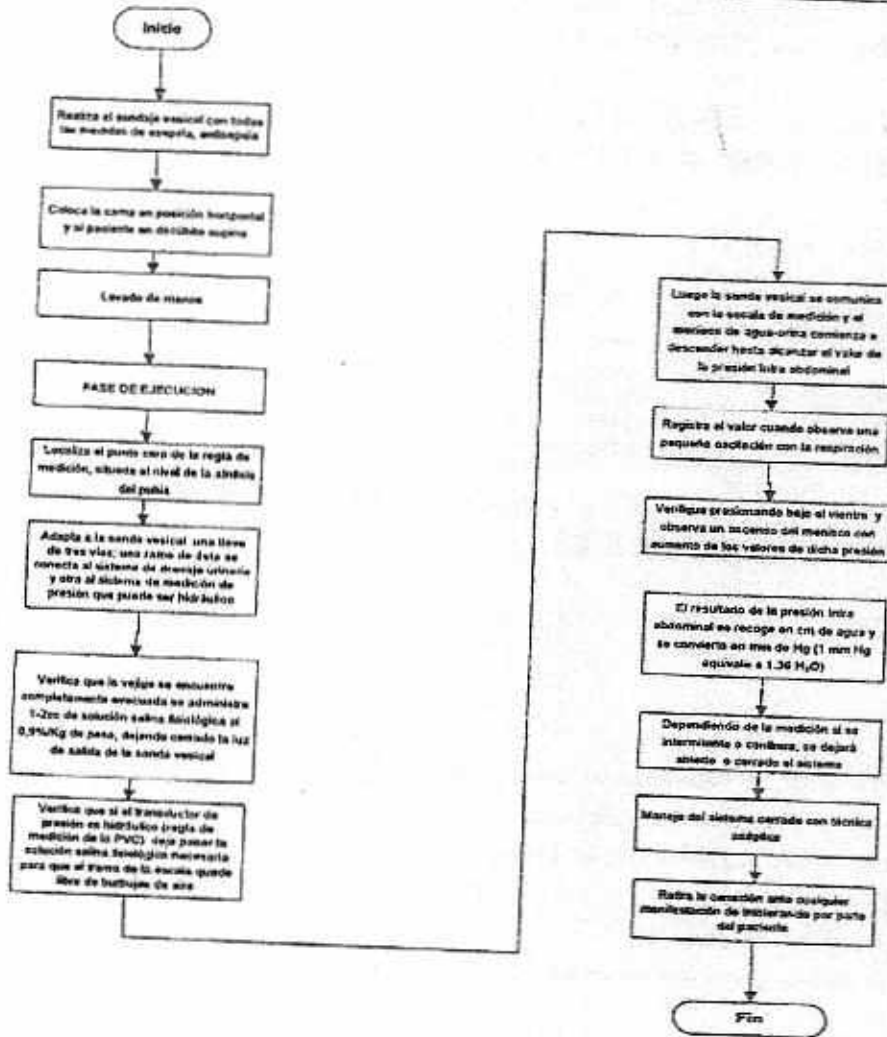
EQUIPOS: Sonda vesical, adaptador universal, sistema y escala de medición hidráulica
MATERIAL: Agua estéril bidestilada, suero salino fisiológico, jeringas, bolsa de orina, llave de tres vías, gasas guantes estériles, desinfectantes.



PROCEDIMIENTO: MONITOREO DE PRESION INTRAABDOMINAL

SERVICIO DE UCI- UCINT

ENFERMERA



Ficha de Procedimientos Descripción de Procedimiento		Manual de Procedimientos Versión : 1.0	
Proceso: PROTECCIÓN, RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD			
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	MONITOREO DE PRESIÓN INTRACRANEANA	FECHA :	JULIO-2012
PROPÓSITO :	Identificar las tendencias de cambio de la presión intracraneal por encima de los límites normales fisiológicos, y su respuesta a las medidas destinadas a controlarla.		
ALCANCE :	Servicio de UCI,UCINT		
MARCO LEGAL :	Ley N° 26842 – Ley General de Salud Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud D.S. N° 013-2002-SA - Aprueba Reglamento de Ley N° 27657		
INDICES DE PERFORMANCE			
INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE	RESPONSABLE
N° de tomas de presión intracraneana.	N° de procedimientos realizados	Registro de procedimientos	Jefe de servicio
NORMAS			
Directiva N° 007 – MINSA / OGPP – V.02 "Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional" Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 603			
1	FASE PRELIMINAR : La enfermera Lavado de manos Prepara material necesario		
2	DURANTE Llena una jeringa de 10 ml con solución estéril no bacteriostática para inyección Conecta el extremo abierto del transductor al puerto lateral de la llave Conecta el sistema de presión de 30 cm al otro lado del puerto de la llave. Conecta la jeringa de 10 ml al puerto vertical de la llave. Cierra la llave hacia el transductor y purge el tubo de presión Cierra la llave que va hacia el tubo de presión y purgue el transductor. Abra la llave hacia el transductor y hacia el tubo. Conecta el transductor al cable de presión. El cable de presión debe conectarse al módulo de presión del monitor. Fija con esparadrapo el transductor una toalla enrollada para mantener la posición en el nivel correcto. Eleva la cabecera de la cama. El cuello debe mantenerse en posición neutra. Coloque una barrera de protección bajo la cabeza. Registra la presión de apertura. Mantiene el transductor a nivel del foramen de Monro Cubre el lugar con un parche ocular o con gasa y fíjelo con esparadrapo.		



Suspenda el sistema de recogida de drenaje externo del porta sueros fijo a la cama. La cámara de goteo por lo general se coloca de 10 a 20 cm por encima del foramen de Monro.
 Drenar el LCR de manera intermitente o continua según esté prescrito. Con el drenaje intermitente el sistema se abre hacia el drenaje cuando la PIC alcanza un cierto nivel (el medico por lo general prescribe el drenaje del LCR cuando la PIC es mayor de 20mmHg).
 Evite las obstrucciones del sistema de drenaje

DESPUES.

Coloca al paciente en decúbito lateral supino, posición de la cabecera 25-30 grados, a menos que esté contraindicado por la presencia de lesiones o fracturas vertebrales.

Cierra el drenaje antes de cualquier manipulación.

Mantiene el cero del depósito colector a la altura del pabellón auricular.

Anota la cantidad y características del líquido drenado.

Evita manipulaciones innecesarias.

Maniobra con máxima asepsia.

Esta alerta ante la ausencia de líquido drenado (vigilar posición de las llaves).

Toma muestras de líquido cefalorraquídeo con la frecuencia indicada, bioquímica y bacteriología, y administra profilaxis antibiótica prescrita.

Vigila en forma diaria del punto de inserción del catéter.

Monitoriza de la frecuencia cardíaca, respiratoria, tensión arterial y PIC.

Evita estímulos ambientales excesivos.

3

ENTRADA			
NOMBRE	FUENTE	FRECUENCIA	TIPO
Monitoreo de presión intracraneana	Servicio UCI,UCINT	A demanda	Manual
SALIDA			
NOMBRE	DESTINO	FRECUENCIA	TIPO
Presión intracraneana	Servicio UCI,UCINT	A demanda	Jefe de servicio
DEFINICIONES :	Es la presión medida en el interior de la cavidad craneal y que es resultado de la interacción entre el contenido (cráneo) y el contenido (encéfalo, líquido cefalorraquídeo y sangre).		
LIBROS :	Libro de procedimientos		
RECURSOS :	EQUIPOS: Riñonera, equipo de drenaje, sistema de medición.		
	MATERIAL: barreras de protección, guantes.		



PROCEDIMIENTO: MONITOREO DE PRESION INTRACRANEANA

SERVICIO DE UCI- UCINT

ENFERMERA

