

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

San Martín de Porres, 28 de mayo de 2018

Visto el Expediente N°8880-2018, que contiene el Informe N°922-2018-DDI-HCH, del 02 de abril de 2018, del Departamento de Enfermería;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley N°26842, Ley General de Salud, publicada el 20 de junio de 1997, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Informe N°922-2018-DE-HC, del 02 de abril de 2018, la Jefa del Departamento de Enfermería, remite el proyecto de la Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería: Administración de Medicamento por Vía Intramuscular en Adultos; Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería: Administración de Hemoderivados; Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería: Cuidados Post Mortem; Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería: Colocación de Sonda Nasogástrica, elaboradas en el Departamento de Enfermería, las cuales establecen la estandarización de criterios y la secuencia de los pasos que debe seguir en el cuidado al usuario externo en los procedimientos descritos;

Que, mediante Informe Técnico N°036-OGC-HCH, del 10 de mayo de 2018, la Oficina de Gestión de la Calidad, recomienda aprobar con Resolución Directoral los proyectos de la Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería: Administración de Medicamento por Vía Intramuscular en Adultos; Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería: Administración de Hemoderivados; Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería: Cuidados Post Mortem; Guía de Procedimiento Asistencial de Enfermería: Colocación de Sonda Nasogástrica, elaboradas en el Departamento de Enfermería;

Que, el artículo 3° literales b) y c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N°216-2007/MINSA, emitida con fecha 09 de marzo de 2007, establece entre las funciones generales del Hospital Cayetano Heredia, defender la vida y proteger la salud de la persona desde su concepción hasta su muerte natural, lograr la prevención y disminución de los riesgos y daños a la salud;

Que, el Artículo 6° Literal e) del citado reglamento, establece las atribuciones y responsabilidades del Director General, entre las cuales se encuentra, la prerrogativa de expedir actos resolutorios en asuntos que sean de su competencia;

Que, la Resolución Directoral N°127-2008-SA-HCH/DG, del 12 de mayo de 2008 aprobó la Directiva Sanitaria N°001-HCH/OGV-V.01 "Directiva Sanitaria para la Elaboración de Guías Procedimientos Asistenciales", que tiene como finalidad estandarizar la elaboración de las guías de procedimientos asistenciales de acuerdo a los criterios internacionalmente aceptados que responden a las prioridades sanitarias nacionales y regionales, buscando el máximo beneficio y mínimo riesgo a los usuarios y el uso racional de recurso en el Hospital Cayetano Heredia;

Que, mediante Resolución Ministerial N°850-2016/MINSA publicada en el Diario Oficial "El Peruano" el 28 de octubre de 2016, se aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud"; cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los Documentos Normativos que expide el Ministerio de Salud;

Que, con el propósito de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnico-administrativos para alcanzar los objetivos y metas en el Hospital Cayetano Heredia, resulta pertinente aprobar los proyectos de las Guías de Procedimientos Asistenciales de Enfermería presentados por la Jefa del Departamento de Enfermería;



Con el visto de la Jefa del Departamento de Enfermería, de las Jefas de las Oficinas de Gestión de la Calidad y Asesoría Jurídica;

ACRPR/BAIC/PDRG/pdrg
DG
DDI
OAJ
OGC
OCOM

ACRPR/BAIC/PDRG/pdrg
DG
DDI
OAJ
OGC
OCOM

**I NOMBRE: GUÍA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERÍA
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO POR VÍA INTRAMUSCULAR EN
ADULTOS**

CODIGO : GPAE - 13

CPT: 90782

II DEFINICIÓN

Es la administración de un medicamento de acción rápida que es inyectado directamente al músculo en dosis de 2ml a 7 ml.

OBJETIVOS

- ✓ Estandarizar los cuidados de enfermería en la administración de medicamentos intramusculares, con el fin de prevenir riesgos relacionados con la seguridad del paciente.
- ✓ Lograr un efecto eficaz en la administración del medicamento, cumpliendo los once correctos.

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

En el mundo, se aplica más de 12 billones de medicamentos anuales por vía intramuscular al año. Según la revista REVENF (Revista electrónica Enfermería Actual-2017), en comparación con otros procedimientos realizados por el personal de enfermería la aplicación de inyecciones intramusculares es considerada una tarea sencilla; sin embargo, la correcta administración del medicamento implica habilidades, destrezas y conocimientos específicos por parte del profesional para no causar daño a la persona usuaria.

Las inyecciones intramusculares tienen el potencial de causar eventos adversos en los pacientes como resultado de una práctica deficiente, entre los que se destaca sangrados, abscesos, celulitis, necrosis de los tejidos, granuloma, fibrosis muscular, contracturas, hematomas y lesiones de los vasos sanguíneos, huesos y nervios periféricos.

La vía intramuscular es una de las cuatro vías parenterales que existen para la administración de medicamentos. A la hora de administrar una medicación se debe de actuar sistemáticamente, cumpliendo los once correctos.

III RESPONSABLE

Licenciada (o) en Enfermería.



IV INDICACIONES

ABSOLUTAS

- ✓ Tratamiento de un paciente que no puede recibir medicación por otra vía.
- ✓ Administración de medicamento, penicilina clemizol, benzanitica y procainica.

RELATIVAS

- ✓ Pacientes ambulatorios.
- ✓ Pacientes anticoagulados.
- ✓ Pacientes con difícil acceso a vía endovenosa.
- ✓ Pacientes de emergencia.

V CONTRAINDICACIONES

ABSOLUTAS

- ✓ Administración de medicamentos que no sean para vía intramuscular.
- ✓ Pacientes que presentan lesiones en la piel, zonas inflamadas, abscesos, edema, irritadas, en sitios donde haya lunares, marcas de nacimiento, cicatrices u otras lesiones.
- ✓ Pacientes con alteración de los mecanismos de la coagulación, enfermedad vascular periférica, oclusiva, edema, shock, después del tratamiento trombolítico, y durante un infarto agudo de miocardio porque la absorción periférica esta alterada.
- ✓ Paciente portador de prótesis.

VI REQUISITOS

Consentimiento informado: No aplica

VII RECURSOS MATERIALES

MATERIAL MÉDICO NO FUNGIBLE

- 01 Depósito para desechos
- 01 Contenedor para desechos cortopunzante
- 01 Rifonera o cubeta

MATERIAL MÉDICO FUNGIBLE

- 01 Par de guantes de procedimientos
- 04 Tórundas de algodón alcoholadas
- 01 Jeringa 5 o 10 cc con aguja estéril
- 01 Aguja 18 G
- 01 Aguja 21, 22 o 23G

MEDICAMENTOS

- 01 solución intramuscular indicada



VIII DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
1. Revise la historia clínica, nombre del paciente e indicación médica.	1. Identificación correcta del paciente evita complicaciones y errores en el momento del procedimiento.
2. Explique al paciente y/o familia sobre el procedimiento. Compruebe la ausencia de alergias.	2. Disminuye el temor y favorece su colaboración.
3. Higienice las manos. Según norma R.M. N° 255-2016/MINSA.	3. Evita la diseminación de gérmenes y contaminación del equipo.
4. Prepare los materiales e insumos en una riñonera o cubeta.	4. Los materiales e insumos completos ahorran tiempo y energía.
5. Preserve la intimidad del paciente.	5. La privacidad le proporciona seguridad al paciente.
6. Coloque al paciente en posición adecuada según la zona elegida para realizar la punción. Las zonas de elección más frecuentes son las siguientes: (ANEXO 01) - Zona dorsoglútea (hasta 7 cc de volumen). - Zona deltoidea (hasta 2cc de volumen). - Zona ventroglútea (hasta 5cc de volumen). - Cara externa del muslo (hasta 5cc de volumen).	6. Para favorecer el procedimiento, y el confort del paciente.
7. Higienice las manos.	7. Evita la diseminación de gérmenes.
8. Preparación del medicamento. - Verifique la prescripción y el nombre del fármaco dispensado por farmacia. - Verifique la fecha de caducidad. - Verifique la compatibilidad del medicamento con la solución de dilución. - Utilice agujas diferentes para cargar la medicación y para administrarla. - Prepare la medicación utilizando, generalmente suero fisiológico (SF) al 0,9% o agua destilada. - Verifique que no tenga burbujas de aire. - Retire la aguja y colocar otra para la administración de la medicación. - Coloque la jeringa en la riñonera o bandeja, rotularla con el nombre del medicamento y las 2 torundas alcoholadas.	8. La preparación de los medicamentos consiste en la realización de diferentes pasos en la manipulación de fármacos para contar con una dosis lista para ser administrada, cumpliendo con los requisitos de calidad en cuanto a asepsia y dilución.
9. Verifique el nombre del paciente en la pulsera si lo tuviera.	9. Evita problemas, complicaciones. Reduce errores y amplía el número de



	práctica segura.
10. Colóquese los guantes.	10. Medida de seguridad para el personal.
11. Aplique el antiséptico en la zona administrar, mediante movimientos espirales hacia afuera y dejarlo secar el tiempo necesario según el producto utilizado.	11. Permite limpiar y desinfectar la superficie cutánea.
12. Administre el medicamento aplicando los once correctos. (anexo 02)	12. La importancia de efectuar los correctos en la administración de medicamentos, para evitar incidentes y eventos adversos.
13. Introduce la aguja conectada a la jeringa con un ángulo de 90°, con un movimiento firme y seguro en un solo acto.	13. Aplicando la forma correcta del IM, permite la penetración de la aguja, al musculo.
14. Aspire con la jeringa. Si hay presencia de sangre, retire la aguja y pinchar nuevamente en otro lugar.	14. Permite que se prevenga, la aplicación incorrecta, previniendo complicaciones.
15. Inyecte el medicamento lentamente para que el procedimiento sea menos doloroso. Evite mover la aguja.	15. Para dar tiempo a que el fármaco se vaya distribuyendo por el músculo.
16. Una vez administrado todo el medicamento, introducir la pequeña cantidad de aire que se aspiró.	16. Evitará que al retirar la aguja, se deposite medicamento en otros tejidos no deseados.
17. Retire la aguja y la jeringa con un movimiento rápido, evitando desplazamientos laterales, aplique una suave presión con una torunda de algodón sobre la zona de punción, friccionando suavemente.	17. Evita que el medicamento se acumule y favorecer así su absorción.
18. Observe signos y síntomas de alarma en el paciente y procure mantenerlo cómodo.	18. Permite identificar a tiempo las complicaciones o reacciones secundarias de la medicación.
19. Elimine el material corto punzante en el contenedor. Retírese guantes y realice higiene de manos según norma.	19. Para evitar accidentes punzo cortantes. La eficacia de la protección depende de la colocación y retiro de los EPP y estricto lavado de manos antes y después de su uso.
20. Registre en notas y kardex de Enfermería el procedimiento realizado.	20. Documenta el procedimiento de enfermería.



IX COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO POR VÍA INTRAMUSCULAR

COMPLICACIONES	ACCIONES
INFLAMACIÓN INFECCIOSA (ABSCESO) Y ENFISEMA	1. Valore la zona afectada. 2. Suspende inmediatamente el tratamiento. 3. Comunique al Médico tratante. 4. Administre la medicación prescrita cumpliendo los once correctos (ev/ local). (Anexo 02) 5. Indique cuidados en el aseo personal. 6. Realice curación en la zona afectada según indicación. 7. Aplique compresas frías o tibias. 8. Reposicione al paciente en cambios de posición. 9. Valore el estado hemodinámico del paciente.
HEMATOMAS POR PUNCIÓN DE UN VASO SANGUÍNEO (LESIÓN HABITUAL Y LEVE).	1. Valore la zona afecta. 2. Suspende inmediatamente el tratamiento. 3. Comunique al Médico tratante. 4. Monitoree la disminución del hematoma. 5. Valore el estado hemodinámico del paciente.
LESIÓN DEL NERVO CIÁTICO	1. Valore al paciente. 2. Suspende el procedimiento en caso de sospecha. 3. Comunique al médico tratante.

X BIBLIOGRAFIA

1. Denise CV. Protocolo de administración de medicamentos. Chile. Clínica Mayor CHCC. 2015 Abril; pág. 2-36. Versión 1.2(1).
Disponible en:
http://www.incancer.cl/acreditacion_prestacionesPLUS/upload35/3220/GCL%202.2.1%20NORMA%20MEDIDAS%20DE%20PREVENCION%20DE%20ERROR%20DE%20MEDICACION.PDF.
2. Tomé PN. Revisión bibliográfica sobre la percepción de Enfermería de los errores en la administración de medicación, Brasil, Universidad da Coruña, 5 de Setiembre 2014.
Disponible en:
<http://hdl.handle.net/2183/15682>
3. Carmona TJ, Baena Serrano A. Análisis del conocimiento sobre la administración de fármacos, España, Vol. 5, N° 2 (Págs. 233-241) 2015.
Disponible en:
<https://formacionasunivep.com/ejihpe/index.php/journal/article/view/115/98>



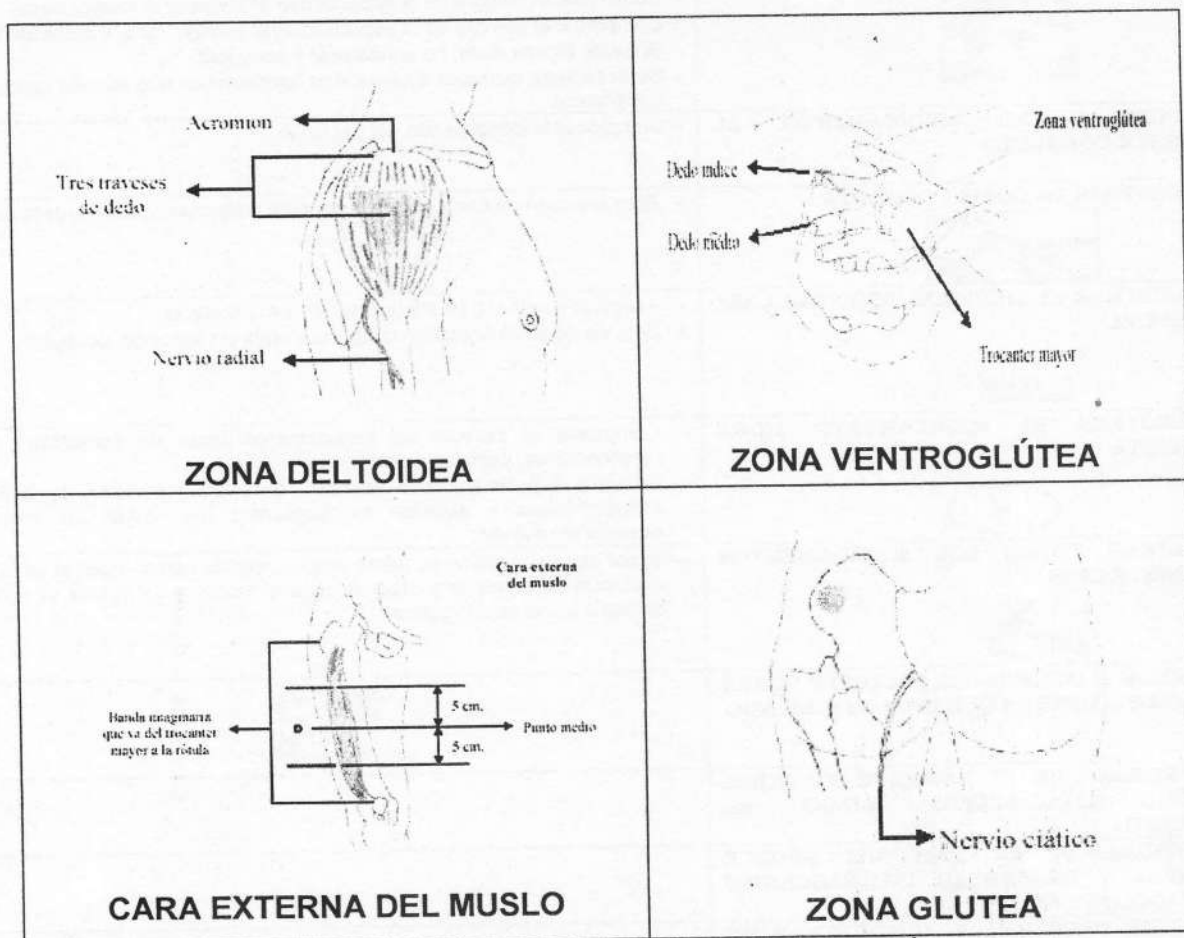
4. McCloskey DJ, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Sexta ed. Barcelona: Elsevier, 2014.
5. Carmiol Rodríguez P, Solís Cordero K, Andrade Espinales J, Sanabria Barahona H. Dolor al administrar medicamento por inyección intramuscular: ventroglútea vs dorsoglútea. Costa Rica. Revista electrónica REVENF. Junio 2017. Núm. 32, pag 1-18. Disponible en:
<http://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n32/1409-4568-enfermeria-32-00119.pdf>



XI ANEXOS

ANEXO 01

CRITERIOS DE SELECCIÓN PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAMUSCULAR.



FUENTE: ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRAMUSCULAR



ANEXO 02
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO
APLICACIÓN DE LOS 11 CORRECTOS

1	ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO CORRECTO 	- Identificar el medicamento y comprobar la fecha de caducidad del mismo. - Comprobar el nombre de la especialidad al preparar el medicamento. - Comprobar el nombre de la especialidad al administrar el medicamento. - Si existe alguna duda, no administrar y consultar. - Se desechara cualquier especialidad farmacéutica que no esté correctamente identificada.
2	ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO AL PACIENTE CORRECTO	- Comprobar la identificación del paciente.
3	ADMINISTRAR LA DOSIS CORRECTA 	- Siempre que una dosis prescrita parezca inadecuada, comprobarla de nuevo.
4	ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO POR LA VÍA CORRECTA 	- Asegurar que la vía de administración es la correcta. - Si la vía de administración no aparece en la prescripción, consultar
5	ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO HORA CORRECTA 	- Comprobar el aspecto del medicamento antes de administrar, posibles prescripciones, cambios de color, etc. - Se debe prestar especial atención a la administración de antibióticos, antineoplásicos y aquellos medicamentos que exijan un intervalo de dosificación estricto.
6	REGISTRAR TODOS LOS MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS 	- Si por alguna razón no se administra un medicamento, registrar en la hoja de evolución de enfermería especificando el motivo y en la hoja de incidencias de dosis unitarias si procede
7	INFORMAR E INSTRUIR AL PACIENTE SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE ESTA RECIBIENDO	
8	COMPROBAR QUE EL PACIENTE NO TOMA NINGÚN MEDICAMENTO AJENO AL PRESCRITO	
9	INVESTIGAR SI EL PACIENTE PADECE ALERGIAS Y DESCARTAR INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS	
10	ANTES DE PREPARAR Y ADMINISTRAR UN MEDICAMENTO REALIZAR LAVADO DE MANO	
11	DEBEMOS TENER EN CUENTA 	- Yo Preparo - Yo Administro - Yo Registro - Yo Respondo

Fuente: Guía de administración segura d medicamentos- Hospital universitario Reina Sofia
Córdoba/unidad de docencia, calidad e investigación de enfermería/ división de enfermería
<http://enfermeriaenlamedicacion.blogspot.pe/2016/05/reglas-para-la-administracion-segura-de.html>



Anexo N° 03

LISTA DE CHEQUEO DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO POR VÍA INTRAMUSCULAR EN ADULTOS				
FECHA:		HORA DE INICIO :		HORA DE TERMINO :
N°	ITEMS DEL PROCEDIMIENTO	SI	NO	OBSERVACIONES
1	Revisa la historia clínica, nombre del paciente e indicación médica.			
2	Identifica y explica al paciente y/o familia sobre el procedimiento. Comprueba la ausencia de alergias.			
3	Se higieniza las manos. Según norma R.M. N° 255-2016/MINSA.			
4	Prepara los materiales e insumos en una rñonera o cubeta.			
5	Preserva la intimidad del paciente.			
6	Coloca al paciente en posición adecuada según la zona elegida para realizar la punción. Las zonas de elección más frecuentes son las siguientes: - Zona dorsoglútea (hasta 7 cc de volumen). - Zona deltoidea (hasta 2cc de volumen). - Zona ventroglútea (hasta 5cc de volumen). - Cara externa del muslo (hasta 5cc de volumen).			
7	Se higieniza las manos.			
8	Prepara los medicamentos según protocolo.			
9	Verifica el nombre del paciente en la pulsera si lo tuviera.			
10	Se colóca los guantes.			
11	Aplica el antiséptico en la zona administrada, mediante movimientos espirales hacia afuera y dejarlo secar el tiempo necesario según el producto utilizado.			
12	Administra el medicamento aplicando los once correctos.			
13	Introduce la aguja conectada a la jeringa con un ángulo de 90°, con un movimiento firme y seguro en un solo acto.			
14	Aspira con la jeringa. Si hay presencia de sangre, retirar la			



	aguja y pincha nuevamente en otro lugar.			
15	Injecta el medicamento lentamente para que el procedimiento sea menos doloroso. Evita mover la aguja.			
16	Una vez administrado todo el medicamento, introduce la pequeña cantidad de aire que se aspiró.			
17	Retira la aguja y la jeringa con un movimiento rápido, evitando desplazamientos laterales, aplica una suave presión con una torunda de algodón sobre la zona de punción, friccionando suavemente.			
18	Observa signos y síntomas de alarma en el paciente y procure mantenerlo cómodo.			
19	Elimina el material corto punzante en el contenedor. Se retira los guantes y realiza higiene de manos según norma.			
20	Registra en notas y kardex de Enfermería el procedimiento realizado.			
PORCENTAJE DE ACIERTOS				
>80% Aprobado				
FIRMA Y SELLO DEL EVALUADOR		FIRMA Y SELLO DEL EVALUADO		



I NOMBRE: GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA ADMINISTRACION DE HEMODERIVADOS

CODIGO: GPAE – 12

II DEFINICION

Es un procedimiento que consiste en transfundir sangre o alguno de sus derivados de un donante a un receptor para reponer el volumen sanguíneo, mejorar la hemoglobina, la capacidad de transporte de oxígeno y otras sustancias (agua, minerales), corregir los niveles séricos de proteínas o para compensar un déficit de los componentes de la sangre.

Los Hemoderivados se componen de una o varias de las siguientes partes de la sangre: glóbulos rojos, plaquetas, plasma, o crio precipitado.

OBJETIVOS

- ✓ Estandarizar los cuidados de enfermería en la administración de hemoderivados previniendo complicaciones antes, durante y después del procedimiento.
- ✓ Describir el proceso de administración de hemoderivados al paciente en las condiciones de seguridad adecuadas, aplicando los 11 correctos en la transfusión.

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

En 1994 se creó el primer sistema de hemovigilancia en Francia, las organizaciones de los diferentes países trataron de adecuar este sistema en los hospitales adaptándoles de acuerdo a su realidad, en 2012 la OMS, IHN (institución de hemovigilancia) y el ISBT (international society of blood transfusion) se reunieron, en los Emiratos árabes unidos, y acordaron las diferentes normas que este sistema debe tener. En la mencionada reunión, la Hemovigilancia fue definida como un proceso continuo de recopilación y análisis de datos de los efectos y reacciones adversas relacionadas con la donación (RAD) y transfusión.

El 25 de mayo de 1995 en el Perú se publica la Ley 26454, de orden público e interés nacional la obtención, donación, conservación, procesamiento, transfusión y suministro de sangre humana.

La necesidad de donación de sangre en el Perú en el año 2013, con una población de cerca de 30 millones de personas, según la OMS, estuvo alrededor de las 600 mil unidades; pero se recolectaron tan solo 205 mil unidades aproximadamente (34% de lo mínimo); siendo el 4.56% de estas por donación voluntaria y el 95.44% por reposición (Cruz, James & Lobato, 2015).

La transfusión sanguínea es una función básicamente de enfermería que requiere un conocimiento profundo de las bases fisiológicas y un manejo meticuloso de la atención al paciente y la aplicación correcta del mismo.

III RESPONSABLE

Licenciada(o) en Enfermería.



IV INDICACIONES

ABSOLUTAS

- ✓ Tratamiento de la anemia tanto en proceso agudo como crónico.
- ✓ Pérdidas moderadas o agudas de sangre.
- ✓ Trombocitopenia.
- ✓ Ex sanguíneo transfusión.

RELATIVAS

- ✓ Creencias religiosas.
- ✓ Pacientes que serán sometidos a un acto quirúrgico (cirugía mayor).

V CONTRAINDICACIONES

ABSOLUTAS

- ✓ Transfusión de plaquetas en púrpura trombocitopénica trombótica.
- ✓ Síndrome hemolítico urémico.
- ✓ Trombocitopenia por heparina.
- ✓ Histiocompatibilidad negativo.
- ✓ Unidad de sangre de aspecto físico deteriorado.
- ✓ Pacientes que están indicados componentes de la sangre específicas.

RELATIVAS

- ✓ Pacientes con fiebres superiores a 38 °C por enfermedad aguda.
- ✓ Inmunodeficiencia adquirida.
- ✓ Corticoides o inmunosupresores de más de 2 semanas de tratamiento a dosis elevadas.

VI REQUISITOS

Consentimiento informado:

Se informará a los pacientes en forma verbal sobre procedimiento a ejecutar, los riesgos, beneficios, y posibles complicaciones. Deberá firmar el formato de Consentimiento Informado.

VII RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

MATERIAL MEDICO NO FUNGIBLE

- 01 Monitor Multiparametro o pulsímetro.
- 01 Riñonera o cubeta
- 01 Mesa de procedimiento.



- 01 Porta suero
- 01 Bolsa infusora

MATERIAL MÉDICO FUNGIBLE

- 01 Equipo de transfusión
- 01 Jeringa descartable de 20 cc
- 01 Mandilón descartable
- 01 Gorro
- 01 Mascarilla
- 02 Pares de guantes estériles
- 01 Paquete de gasa de 5 x 5 cm
- 01 Cateter periférico n° 18-20
- 01 Extension Dis o llave de triple vía
- 01 Aposito transparente 6 x7
- 03 Torundas de algodón con alcohol

MEDICAMENTOS

- 01 Unidad de hemoderivados
- 01 Frasco de Cl Na 9 ‰ x 100 ml
- 01 Ampolla de dexametasona de 4 mg
- 01 Ampolla de maleato de clorfenamina de 10 mg



PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
1. Revise en la historia clínica, nombre del paciente e indicación médica del hemoderivado.	1. Identificación correcta del paciente evita complicaciones y errores en el momento del procedimiento.
2. Compruebe que se han realizado las pruebas cruzadas.	2. Previene eventos adversos.
3. Confirme el precinto de compatibilidad adherido al paquete del hemoderivado y la hoja de conducción. (Anexo 01)	3. Las reacciones adversas más peligrosas de las transfusiones suelen deberse a errores en la identificación del producto sanguíneo o del paciente.
4. Inspeccione el hemoderivado en busca de alteraciones como burbuja de aire, color inusual o turbiedad.	4. La burbuja de aire, indica crecimiento bacteriano, el color inusual o turbiedad pueden ser un signo de hemólisis.
5. Conserve el paquete de hemoderivado a temperatura ambiente mínimo 15 minutos (antes de ser transfundido).	5. Permite mantener el hemoderivado a una temperatura óptima, pues temperaturas por encima de 42°C desnaturalizan la sangre.
6. Identifique y verifique que el paciente tiene el brazalete de identificación.	6. Permite determinar con seguridad que el individuo es el receptor del tratamiento o procedimiento y asegura que el procedimiento al ser ejecutado sea efectivamente del paciente.
7. Explique al paciente y/o familia sobre el procedimiento.	7. Una explicación amplia disminuye los temores y ansiedad al paciente permitiéndole mayor cooperación durante este procedimiento.
8. Higienice sus manos. Según norma R.M. N° 255-2016/MINSA.	8. Evita la diseminación de gérmenes y contaminación del equipo.
9. Verifique los materiales necesarios para el procedimiento.	9. Ahorra tiempo y esfuerzo del personal.
10. Preserve la intimidad del paciente.	10. La privacidad le proporciona seguridad al paciente y la intimidad es un derecho universal.
11. Coloque al paciente en posición cómoda.	11. Una posición adecuada permite la comodidad del paciente, la realización segura del procedimiento.
12. Antes de la transfusión Monitoree los signos vitales anóte en la hoja de conducción.	12. Permite detectar a tiempo alguna alteración en la hemodinámica.
13. Realice higiene de manos con alcohol gel.	13. Evita la diseminación de gérmenes y contaminación del equipo.
14. Colóquese los guantes estériles.	14. El uso de guantes protege al paciente y al trabajador de salud, al evitar el contacto con bacterias, virus y otras sustancias.
15. Proceda a la canalización de una vía venosa si previamente no cuenta con ninguna. (realice inserción de catéter venoso periférico según guía de procedimiento (GPAE-001).	15. La vía venosa ha de ser de gran calibre, ya que la sangre es viscosa y densa, lo cual provocaría obstrucciones si el catéter fuera de un calibre pequeño.



procedimiento (GPAE-001).	
16. Inserte el equipo de transfusión al paquete del hemoderivado.	16. Favorece la conectividad y el pasaje del hemoderivado.
17. Permeabilice el equipo de transfusión.	17. Evita la presencia de aire en el lumen del equipo.
18. Instale el paquete de hemoderivado en el porta suero.	18. Facilita la caída del hemoderivado por gravedad.
19. Conecte el equipo de transfusión en la llave de triple vía.	19. Asegurar el paso del hemoderivado.
20. Informe al paciente, que avise si presenta alguna molestia.	20. La información del paciente permite actuar con rapidez ante cualquier situación adversa.
21. Inicie la transfusión y determine el goteo de acuerdo al volumen y condición del paciente.	21. Previene reacciones adversas en el paciente como sobrecargas circulatorias, reacciones febriles, reacciones alérgicas, reacción hemolítica aguda, etc.
22. Durante la transfusión -Monitoree los signos vitales, anote en la hoja de conducción. -A los 5 minutos de instalados -Luego a los 15 minutos.	22. La monitorización de los signos vitales es un factor clave en el seguimiento estricto del procedimiento.
23. Controle que el tiempo de transfusión del hemoderivado no exceda las 4 horas.	23. Debido al riesgo de proliferación de bacterias.
24. Vigile los signos de reacciones adversas (sobrecargas circulatorias, reacciones febriles, reacciones alérgicas, reacción hemolítica aguda)	24. Detectar a tiempo complicaciones severas.
25. Valore el comportamiento del paciente durante la transfusión.	25. Para evaluar con exactitud la respuesta del paciente a la transfusión.
26. No añadir agregados al producto del hemoderivado.	26. Intentando siempre que pase sólo y jamás perforar o inyectar aire a una bolsa o sistema, ya que podemos provocar contaminación bacteriana o una embolia gaseosa.
27. Procede a retirar el equipo de transfusión terminado de pasar las unidades indicadas.	27. Evita la proliferación de gérmenes.
28. Después de la transfusión -Deje libre de sangre el lumen de la vía endovenosa con cloruro de sodio 0.9%.	28. Favorece la permeabilidad de la vía y evita la proliferación de gérmenes.
29. Deje al paciente en posición cómoda.	29. Favorece el confort del paciente.
30. Elimine los materiales según norma de bioseguridad.	30. Evita contaminación del ambiente y la proliferación de gérmenes.
31. Retírese guantes y realice la higiene de manos según norma.	31. Evita contaminación y la proliferación de gérmenes.
32. Monitoree funciones vitales.	32. Permite saber el estado hemodinámico del paciente post transfusión.



33. Registre en notas de enfermería, kardex y hoja grafica de signos vitales y hoja de conducción. -Características de la transfusión practicada. -Producto sanguíneo administrado. -Signos vitales, antes, durante y después de la transfusión. -Volumen total transfundido. -Tiempo de transfusión. -Respuesta del paciente.	33. Permite tener anotado y a disposición del personal de salud la información del procedimiento realizado: antes, durante y después de administrada la transfusión del hemoderivado.
---	--

IX COMPLICACIONES EN LA ADMINISTRACION DEL HEMODERIVADO

COMPLICACIONES	ACCIONES
REACCIÓN ALÉRGICA SEVERA Y SOBRE CARGA CIRCULATORIO	1. Valore al paciente. 2. Suspende la transfusión del hemoderivado. 3. Comunique al médico tratante. 4. Administre indicación prescrita. 5. Monitoree el estado hemodinámico. 6. Registre la evolución del estado general del paciente.
CONTAMINACIÓN BACTERIANA	1. Valore al paciente si presentara fiebre, escalofríos, hipotensión. 2. Suspende la transfusión del hemoderivado. 3. Comunique al médico tratante y al banco de sangre para que realice análisis y cultivo. 4. Administre indicación prescrita. 5. Monitoree el estado hemodinámico. 6. Registre la evolución del estado general del paciente.
LESIÓN PULMONAR AGUDA	1. Valore al paciente en busca de fiebre, escalofríos, insuficiencia respiratoria aguda. 2. Comunique al médico tratante. 3. Administre oxígeno según prescripción médica. 4. Administre indicación prescrita. 5. Monitoree el estado hemodinámico. 6. Registre la evolución del estado general del paciente.



X BIBLIOGRAFIA

1. Cortés FC, Del Trigo MP, Veiga FR, Sánchez BR, Rincón FB, Fernández CE. En torno a los hemoderivados. *Enferm. glob.* [Internet]. 2015 Enero [citado 2018 Mar 28]; 14(37): 23-37. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000100002&lng=es.
2. García GE. Pautas transfusionales en el paciente quirúrgico. *Rev cuba anestesiol reanim* [Internet]. 2013 diciembre [citado 2018 Mar 28]; 12(3): 231-243. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182013000300007&lng=es.
3. Flores TR, Carballo MR, Álvarez VS, Valdez M L, González O, Fuentes OC. Manejo y administración de hemoderivados por personal de enfermería en un hospital de segundo nivel. *Enfermería Universitaria.* [Internet] 2014 [citado 2018 Mar 28]; 11(3):94-100. Disponible en:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v11n3/v11n3a4.pdf>
4. Palacios Fonseca C, Villegas Ceja M. Técnicas y procedimientos para el cuidado de Enfermería. ESPINOZA-GÓMEZ, Luis, MsC. Mexico. Editoreal. ECORFAN [Internet] 2014 [citado 2018 Ene 28] . Disponible en:
http://www.ecorfan.org/manuales/manuales_nayarit/Tecnicas%20y%20procedimientos%20para%20el%20cuidado%20de%20enfermer%C3%ADa%202.pdf.



XI ANEXO

Anexo N° 01



HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE FORMATO DE CONDUCCION DE TRANSFUSIONES DE PAQUETES GLOBULARES (GR) (Constancia de que el Médico condujo la Transfusión con el apoyo de la Enfermera de turno)

FECHA DE ENTREGA DE LA UNIDAD

N° DE BOLSA: _____ N° Sello de Calidad: GS Unidad ABO: O-A1-A2-B-A1B-A2B Rh: P-N
Edad: _____ Peso: _____ VST: Sexo: M F GS Paciente ABO: O-A1-A2-B-A1B-A2B Rh: P-N

DIAGNÓSTICO: _____

ANTECEDENTES:

() Drogadicción endovenosa; () Diálisis; () Hepatitis; () Lúes; () Alergia a medicamentos; () Gonorrea;
() Otras alergias; () Alcoholismo; () Linfogranuloma venéreo; () Contacto sexual de riesgo; () Asma
Otros:

CONDUCCION DE LA TRANSFUSIÓN: HORA DE INICIO: _____ HORA DE TÉRMINO: _____

Parámetro/Hora	Antes	5 a 10 ml					
Presión Arterial							
Frec. De pulso							
Frec. Respiratoria							
Temperatura							
Palidez/hematocrito							
Cianosis							
Sangrado/paquetas							
Volumen de sangrado							
Estado de conciencia							
Estado Cardiovascular anatómico							
Estado pulmonar anatómico							

Firma y sello de la Enfermera Firma y sello del Médico
U otro profesional

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES HISTORIA CLINICA CAMA





EG07 - FR02: REPORTE DE REACCION ADVERSA TRANSFUSIONAL
INDICACIONES GENERALES FRENTE A CUALQUIER SINTOMA O SIGNO ADVERSO

1. Suspender la transfusión y reportar inmediatamente al Médico tratante
2. Verifique la identidad del Receptor, que correlacione con el Formato de Conducción, la tarjeta de identificación del Receptor y la hoja de rotiro de Sangre.
3. Completar la investigación de la reacción adversa según el formato.
4. Este Formato debe ser firmado por el Médico que atiende la reacción transfusional.
5. Comunicar al Banco de Sangre la reacción adversa con una copia de este Formato; acompañar con la Unidad que se transfundía, sin retirar el equipo de transfusión.
6. Colectar la primera orina que emita el paciente y remitir al Laboratorio para un examen completo de orina, con el rótulo "Reacción Transfusional".

I. SINTOMAS Y SIGNOS DETECTADOS:

() Fiebre; () Escalofríos; () Cianosis; () Urticaria; () Edema facial; () Náuseas; () Dolor lumbar; () Dolor torácico;
() Hemoglobinuria () Otros:

VOLUMEN TRANSFUNDIDO: ml

Medicación previa a la transfusión

Hora de suspensión de la transfusión Hora de notificación al Médico

Hora de notificación al Banco de Sangre Hora de recolección de la orina

Firma y Sello

Firma y Sello

de la Enfermera

del Médico

II. El Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre deberá ser notificado en las siguientes situaciones: Errores clericales, Errores técnicos, Hemólisis o test de coombs directo positivo post transfusional.

NOTIFICADO EL DIA a las

III. Estudios de Laboratorio adicionales:

() Bilirrubinas 5 a 7 horas post transfusión: BT ... mg/dl BD mg/dl , BI .. mg/dl

() Examen de Orina: Densidad: Hematíes Hemoglobina Leucocitos

() Perfil de Coagulación: TP / TTP / TT / Fibrinógeno. mg/dl

() Otros:

RESUMEN: () Reacción Hemolítica Inmediata; () Reacción Hemolítica tardía; () Fiebre; () Reacción hemolítica no inmune; () Sobrecarga Circulatoria; () Alergia - Urticaria; () Contaminación bacteriana; () Otro.....

Reporte y recomendaciones del Médico del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre:

.....

.....

Firma y Sello del Médico del CHBS.





HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
CENTRO DE HEMOTERAPIA Y BANCO DE SANGRE

FORMATO DE CONDUCCION DE TRANSFUSIONES DE PRODUCTOS PLASMATICOS Y PLAQUETARIOS

(Constancia de que el Médico condujo la Transfusión con el apoyo de la Enfermera de turno)

FECHA DE ENTREGA DE LAS UNIDADES:

Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____ Sexo: M F GS PACIENTE: ABO: O-A1-A2-B-A1B-A2B Rh: P-N

N° DE BOLSA	SELLO DE CALIDAD	COMPONENTE...	GS ABO	Rh
.....		PFC - Pq - CRIO	O-A1-A2-B-A1B-A2B	P-N
.....		PFC - Pq - CRIO	O-A1-A2-B-A1B-A2B	P-N
.....		PFC - Pq - CRIO	O-A1-A2-B-A1B-A2B	P-N
.....		PFC - Pq - CRIO	O-A1-A2-B-A1B-A2B	P-N
.....		PFC - Pq - CRIO	O-A1-A2-B-A1B-A2B	P-N
.....		PFC - Pq - CRIO	O-A1-A2-B-A1B-A2B	P-N
.....		PFC - Pq - CRIO	O-A1-A2-B-A1B-A2B	P-N
.....		PFC - Pq - CRIO	O-A1-A2-B-A1B-A2B	P-N
.....		PFC - Pq - CRIO	O-A1-A2-B-A1B-A2B	P-N
.....		PFC - Pq - CRIO	O-A1-A2-B-A1B-A2B	P-N

DIAGNÓSTICO:

ANTECEDENTES: () Drogadicción endovenosa; () Diálisis; () Hepatitis; () Lues; () Alergia a medicamentos
() Gonorrea; () Otras alergias; () Alcoholismo; () Linfogranuloma venéreo; () Contacto sexual de riesgo; () Asma

Otros:

CONDUCCION DE LA TRANSFUSIÓN: HORA DE INICIO: _____ HORA DE TÉRMINO: _____

Parámetro/Hora	Antes	5 a 10 ml					
Presión Arterial / Frec Pulso							
Frec. Respiratoria / Temperatura							
Palidez/hematocrito							
Cianosis / Sangrado							
Plaquetas/ TP /TTP/INR							
Volumen de sangrado							
Estado de conciencia							

Firma y sello de la Enfermera

U otro profesional

Firma y sello del Médico

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

HISTORIA CLINICA

CAMA





EG07 - FR02: REPORTE DE REACCION ADVERSA TRANSFUSIONAL

INDICACIONES GENERALES FRENTE A CUALQUIER SINTOMA O SIGNO ADVERSO

1. Suspender la transfusión y reportar inmediatamente al Médico tratante
2. Verifique la identidad del Receptor, que correlacione con el Formato de Conducción, la tarjeta de identificación del Receptor y la hoja de retiro de Sangre.
3. Completar la investigación de la reacción adversa según el formato.
4. Este Formato debe ser firmado por el Médico que atiende la reacción transfusional.
5. Comunicar al Banco de Sangre la reacción adversa con una copia de este Formato; acompañar con la Unidad que se transfundía, sin retirar el equipo de transfusión.
6. Colectar la primera orina que emita el paciente y remitir al Laboratorio para un examen completo de orina, con el rótulo "Reacción Transfusional".

Este Formato debe ser llenado por la Enfermera; revisado y firmado por el Médico que conduce la transfusión o atiende la reacción adversa.

I. SINTOMAS Y SIGNOS DETECTADOS:

() Fiebre; () Escalofríos; () Cianosis; () Urticaria; () Edema facial; () Náuseas; () Dolor lumbar; () Dolor torácico;
() Hemoglobinuria; () Otros:

VOLUMEN TRANSFUNDIDO: ml

Medicación previa a la transfusión

Hora de suspensión de la transfusión Hora de notificación al Médico

Hora de notificación al Banco de Sangre Hora de recolección de la orina

Firma y Sello de la Enfermera

Firma y Sello del Médico

II. El Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre deberá ser notificado en las siguientes situaciones: Errores clericales, Errores técnicos, Hemólisis o test de coombs directo positivo post transfusional.

NOTIFICADO EL DIA a las

III. Estudios de Laboratorio adicionales:

() Bilirrubinas 5 a 7 horas post transfusión: BT ... mg/dl BD mg/dl BI .. mg/dl
() Examen de Orina: Densidad: Hematíes Hemoglobina Leucocitos
() Perfil de Coagulación: TP / TTP / TT / Fibrinógeno: mg/dl.
() Otros:

RESUMEN: () Reacción Hemolítica inmediata; () Reacción Hemolítica tardía; () Fiebre () ; Reacción hemolítica no inmune

() Sobrecarga Circulatoria; () Alergia - Urticaria () Contaminación bacteriana; () Otros

Reporte y recomendaciones del Médico del Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre:

Firma y Sello del Médico del CHBS.



Anexo N° 2

LISTA DE CHEQUEO DE PROCEDIMIENTO EN LA ADMINISTRACION DE HEMODERIVADOS				
FECHA:		HORA DE INICIO :		HORA DE TERMINO :
N°	ITEMS DEL PROCEDIMIENTO	SI	NO	OBSERVACIONES
1	Revisa la historia clínica, nombre del paciente e indicación Médica del hemoderivado.			
2	Comprueba que se han realizado las pruebas cruzadas.			
3	Confirma el precinto de compatibilidad adherido al paquete del hemoderivado y la información impresa.			
4	Inspecciona el hemoderivado en busca de alteraciones como burbuja de aire, color inusual o turbiedad.			
5	Conserva el paquete de hemoderivado a temperatura ambiente mínimo 15 minutos (ante de ser transfundido).			
6	Identifica y verifica que el paciente tenga el brazalete de identificación.			
7	Explica al paciente y/o familia sobre el procedimiento.			
8	Higieniza sus manos. Según norma R.M. N° 255-2016/MINSA.			
9	Verifica que cuente con todos los materiales necesarios para el procedimiento.			
10	Preserva la intimidad del paciente.			
11	Coloca al paciente en posición cómoda.			
12	Monitoriza los signos vitales.			
13	Realiza higiene de manos con alcohol gel.			
14	Se calza los guantes estériles.			
15	Si fuera el caso, inserta catéter venoso periférico según Guía de procedimiento (GPAE 001).			
16	Inserta el equipo de transfusión al paquete del hemoderivado.			
17	Permeabiliza el equipo de transfusión e instala el paquete de hemoderivado en el portasuero.			
18	Conecta el equipo de transfusión en la llave de triple vía.			
19	Inicia la transfusión y determina el goteo.			
20	Monitoriza los signos vitales -A los 5 minutos de instalados -Luego a los 15 minutos			
21	Controla que el tiempo de transfusión del hemoderivado no exceda las 4 horas.			
22	Vigila los signos de reacciones adversas y comportamiento del paciente durante la transfusión.			
23	Comunica al paciente, que avise si presenta alguna molestia.			
24	Procede a retirar el equipo de transfusión terminado de pasar las unidades indicadas.			
25	Deja libre de sangre el lumen de la vía endovenosa con cloruro de sodio 0.9%.			
26	Deja al paciente en posición cómoda.			
27	Elimina los materiales según norma ministerial.			



28	Se retira los guantes y realice lavado de manos según norma.			
29	Monitoriza funciones vitales.			
30	Registra en notas de enfermería, Kardex y hoja de conducción.			
PORCENTAJE DE ACIERTOS				
>80% Aprobado				
FIRMA Y SELLO DEL EVALUADOR FIRMA Y SELLO DEL EVALUADO				



I NOMBRE: GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA CUIDADOS PÓST MORTEN

CODIGO: GPAE - 10

II DEFINICIÓN

Cuidados que se da al fallecido garantizando un aspecto digno para su posterior traslado al mortuario del Hospital.

OBJETIVOS

- ✓ Estandarizar los cuidados de Enfermería en la preparación del cuerpo de la persona fallecida.
- ✓ Brindar apoyo emocional a la familia, teniendo en cuenta sus creencias religiosas y sus valores culturales.

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

En el Hospital Cayetano Heredia durante el año 2016, se encontro con 398 fallecidos causadas por diferentes patologías según egresos hospitalarias, siendo la insuficiencia respiratoria con mayor numero de mortalidad, con un total de 15.08%, siguiendo la neumonía con el 12.06%.

En el país, en el año 2015, se inscribieron 134 mil 858 defunciones; se puede decir, que diariamente se registran 369 y cada hora 15 muertes (Fuente registro Nacional y Estado Civil- INEI) siendo lima con mayor defuncionesi inscritas por departamento.

Según la OMS a nivel mundial se produjeron 57 millones de defunciones, 36 millones de estas fueron el resultado de causas que encajaban en la categoría general de todas las «enfermedades no transmisibles»; por su parte, las enfermedades transmisibles, maternas y perinatales causaron 16 millones de defunciones; y las causas externas y los traumatismos causaron 5 millones de defunciones.

La atención postmortem no es solo un procedimiento, es un momento complicado para los familiares, por la perdida del ser querido. En este momento cuando se brinda un último cuidado se debe realizar como una respuesta ética, cargada de sensibilidad hacia el cadáver y a la familia la cual se encuentra afectada por este suceso. El retiro de los equipos y accesorios y los cuidados post mortem que realiza el profesional de enfermería lo hace enfrentar la muerte y todo este proceso de la mejor manera posible aplicando sus conocimientos, precauciones y observaciones.

El apoyo emocional que se brinda a la familia facilita las actividades que se realiza en este proceso y permite obtener su colaboración durante el mismo.

III RESPONSABLE

Licenciada (o) en Enfermería.

Técnico de Enfermería



IV INDICACIONES

ABSOLUTAS

- ✓ Paciente concertificación de fallecimiento.

V CONTRAINDICACIONES

ABSOLUTAS

- ✓ No aplica

VI REQUISITOS

Consentimiento informado: No aplica

VII RECURSOS MATERIALES

MATERIAL MÉDICO NO FUNGIBLE

- 01 Mesa de procedimiento
- 01 Cama o camilla

MATERIAL MÉDICO FUNGIBLE

- 01 Bolsa para desecho
- 01 Bolsa negra
- 04 Baja lengua
- 02 Pares de guantes de procedimiento
- 01 Paquete de gasa 10 x 10
- 02 Compresas
- 01 Mandil descartable
- 01 Mascarilla
- 01 mt esparadrapo
- 100gr de Algodón

OTROS

- 01 Lapicero tinta indeleble azul /rojo
- 01 Formato de identificación de cadáver



VIII DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
1. Verifique si el médico ha certificado la defunción.	1. El paciente es considerado legalmente muerto cuando el médico certifica su fallecimiento.
2. Proporcione apoyo emocional y espiritual a la familia.	2. La aflicción es una respuesta esencial cuando se sufre una pérdida y no se debe tratar de prevenir esta reacción sino de respetar y apoyar.
3. Facilite el ingreso de la familia a la habitación del cadáver.	3. Respetar las costumbres y creencias que tenga la familia y trato humanizado.
4. Higienice sus manos. Según norma R.M. N° 255-2016/MINSA.	4. Evita la diseminación de gérmenes y contaminación.
5. Coloque equipo de protección, (gorro, mascarilla, mandil y guantes de examen).	5. Son precauciones Universales (medidas de bioseguridad) para la prevención de infecciones.
6. Mantener un ambiente de intimidad y respeto.	6. Evitar, en lo posible, un ambiente traumático para los compañeros de habitación del difunto.
7. Prepare los materiales a utilizar.	7. Los materiales e insumos completos ahorran tiempo y energía.
8. Poner el cuerpo en posición de decúbito supino, alineado y con las piernas estiradas, moviendo el cuerpo con suavidad. Cierre los ojos con naturalidad aplicando presión suave con la yema de los dedos.	8. La alineación normal impide la deformación de la cara y cuerpo. Se logra el aspecto de sueño normal si los ojos están cerrados con naturalidad.
9. Cierre la boca, si no permanece cerrada, sujetarla con una venda colocada bajo el mentón, anudándola en la cabeza.	9. La rigidez cadavérica se presenta progresivamente en músculos de la nuca, cara, cuello, extremidades y el resto del cuerpo de manera progresiva.
10. Retire y descarte catéteres, sondas y drenajes. Presione ligeramente el abdomen y selle las incisiones a quien corresponda.	10. Mejora la apariencia y evitar la salida de fluidos a través de los orificios.
11. Supervise al técnico de enfermería que realice: -La limpieza del cadáver. -Taponamiento de cavidad oral y orificios naturales. -Coloque el cuerpo del cadáver en la bolsa negra. -Elimine los materiales utilizados según norma de bioseguridad. -Guarde las pertenencias del cadáver en una bolsa y entregue a los familiares. En caso del servicio de sala de operaciones, el circulante será la que realice el procedimiento.	11. Una apariencia limpia del fallecido conlleva a una satisfacción emocional de los familiares con respecto a la imagen de su ser querido. -El taponamiento de cavidades corporales con material de algodón, tiende a absorber líquidos y secreciones evitando su salida. -Permite aislar el cadáver. -Todo material que ha estado en contacto con el cadáver, debe considerarse potencialmente contaminado. Evita la pérdida de los artículos personales para no agravar la angustia de los familiares.
12. Higienice sus manos. Según norma R.M. N° 255-2016/MINSA.	12. Evita la diseminación de gérmenes y contaminación del equipo.
13. Coloque los datos en el formato de identificación sobre el cadáver.	13. La identificación y registro correcto evita cometer errores a la entrega del cadáver.
En caso que el fallecimiento	



ocurriera antes de las 24 horas de atención, se comunica al policía en formato correspondiente.	
14. Oriente a los familiares sobre los trámites administrativos.	14. Proceso que consiste en dar información y asesoramiento.
15. Comunique al técnico de enfermería (camillero) para el traslado del cadáver al mortuario.	15. Permite la seguridad y conservación del fallecido.
16. Indique al técnico de enfermería para la limpieza y desinfección terminal del ambiente.	16. La limpieza y desinfección evita la propagación de microorganismos.
17. Registre en notas de enfermería la hora de fallecimiento y el procedimiento realizado.	17. Documenta el procedimiento de enfermería.

IX COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN LA ATENCIÓN POST MORTEM

COMPLICACIONES	ACCIONES
APARICIÓN TEMPRANA DEL RIGOR MORTIS Y LIVIDEZ CADAVERICA	1. Alinie el cuerpo, cierre los párpados, coloque la prótesis si la tuviera. 2. Eleve ligeramente la cabecera de la cama.

X BIBLIOGRAFIA

1. HernandezLI. Muerte, atención post mórtem y su efecto en el profesional de enfermería. Rev Enferm InstMex Seguro Soc[Internet]. 2014 [citado 2018 Mar 28]; 22(1):1-3.
Disponible en:
http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/viewFile/145/234
2. PumaJR, Soriano HL, Cisneros VG, Martinez GO, Macedo LF, Cornelio Bustamante E. Sala Situacional Epidemiologica, Hospital Cayetano Herdia. 2017.
3. Rosales Bs, Reyes GE. Fundamentos de EnfermeriaMexico: El Manual Moderno. S.A. de C.V.presenta Fundamentos de enfermería, 3ª edición.[Internet]. 2010 [citado 2018 Mar 28]
Disponible en:
<https://latam.casadellibro.com/libro-fundamentos-de-enfermeria-3ed/9789707291126/1017303>.



XI ANEXOS

Anexo N° 1

LISTA DE CHEQUEO DE PROCEDIMIENTO ATENCIÓN POST MORTEM				
FECHA:		HORA DE INICIO :		HORA DE TERMINO :
N°	ITEMS DEL PROCEDIMIENTO	SI	NO	OBSERVACIONES
1	Verifica si el médico ha certificado la defunción.			
2	Proporciona apoyo emocional y espiritual a la familia.			
3	Facilita el ingreso de la familia a la habitación del cadáver.			
4	Higieniza sus manos. Según norma R.M. N° 255-2016/MINSA.			
5	Se coloca equipo de protección, (gorra, mascarilla, mandil y guantes de examen).			
6	Mantiene un ambiente de intimidad y respeto.			
7	Prepara los materiales a utilizar.			
8	Pone el cuerpo en posición decúbito supino, alineado y con las piernas estiradas. Cierra los ojos con la yema de los dedos.			
9	Coloca prótesis dental y cerrarla si no cerrara le sujeta con una venda colocada bajo el mentón.			
10	Retira y descarta catéteres, sondas y drenajes. Presiona ligeramente el abdomen y sella las incisiones con la ayuda de pinzas.			
11	Supervisa al técnico de enfermería que realice: -La limpieza del cadáver. -Taponamiento de cavidad oral y orificios naturales. -Coloca el cuerpo del cadáver en la bolsa negra. -Elimina los materiales utilizados según norma de bioseguridad. -Guarde las pertenencias del cadáver en una bolsa y entregue a los familiares.			
12	Higieniza sus manos. Según norma R.M. N° 255-2016/MINSA.			
13	Coloca los datos en el formato de identificación sobre el cadáver.			
14	Orienta a los familiares sobre los trámites administrativos			
15	Comunica al técnico de enfermería (camillero) para el traslado del cadáver al mortuario.			
16	Indica al técnico de enfermería para la limpieza y desinfección terminal del ambiente.			
17	Registra en notas de enfermería la hora del fallecimiento y el procedimiento realizado.			
PORCENTAJE DE ACIERTOS				
>80% Aprobado				
FIRMA Y SELLO DEL EVALUADOR		FIRMA Y SELLO DEL EVALUADO		



**I NOMBRE: GUIA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA
COLOCACION DE SONDA NASOGASTRICA**

CODIGO : GPAE - 11

CPT: 99188.03

II DEFINICIÓN

La colocación de la sonda nasogástrica es un procedimiento que consiste en la inserción de un tubo flexible transparente a través de las fosas nasales, esófago hasta llegar al estómago, siendo las principales indicaciones de esta técnica la administración de nutrición enteral y el vaciamiento gástrico.

OBJETIVOS

- ✓ Unificar criterios en cuidados de Enfermería en la colocación de sonda nasogástrica y reducir las complicaciones.
- ✓ Estandarizar el procedimiento, con la incorporación de la guía práctica en la actividad asistencial diaria de los profesionales de Enfermería.

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

El mayor trabajo con sondas de alimentación nasoentérica en el siglo XVIII fue hecho por John Hunter, quien reportó la alimentación exitosa en dos pacientes. El uso de tubos de hule suave para alimentación en pacientes pediátricos se describió por primera vez en la segunda mitad del siglo XIX.

Durante muchos años la alimentación e hidratación mediante sonda nasogástrica (SNG) se ha considerado el tratamiento de elección para alimentar a los pacientes que presentan dificultades para masticar o tragar los alimentos, pero no para digerirlos (como la disfagia y otras).

Se utiliza en pacientes con diversas situaciones clínicas, como: Ciertas enfermedades metabólicas, trastornos gastrointestinales, enfermedades neurológicas graves, prematuridad, malnutrición grave, Otras enfermedades que impiden o dificultan la alimentación oral.

III RESPONSABLE

Licenciada (o) en Enfermería.

Técnico de Enfermería: Colaborador

IV INDICACIONES

ABSOLUTAS

- ✓ Lavado gástrico.
- ✓ Administración de alimentación enteral.
- ✓ Administración de Medicamentos.
- ✓ Prevención de broncoaspiración en enfermos con bajo nivel de conciencia o problemas de deglución.
- ✓ Diagnóstico de hemorragia digestiva alta.
- ✓ Aspiración del contenido gástrico para:



Prevenir broncoaspiración en pacientes intubados o con disminución del nivel de conciencia. Descomprimir o retirar el aire o líquido del estomago. Prevenir un fallo en la sutura en pacientes sometidos a resección gástrica.

- ✓ Controlar la aspiración y alimentación de contenido gástrico. Prevención de broncoaspiración en enfermos con bajo nivel de conciencia o problemas de deglución. Alimentación enteral o lavado gástrico.

RELATIVAS

- ✓ Obtención del contenido gástrico para examen de laboratorio
- ✓ Auxiliar para el diagnóstico.

V CONTRAINDICACIONES

ABSOLUTAS

- ✓ Obstrucción nasofaringea o esofágica.
- ✓ Sospecha o evidencia de perforación esofágica.
- ✓ No se realizará nunca en caso de ingestión de ácidos, álcalis, otras sustancias cáusticas o derivados del petróleo.
- ✓ Atresia de las coanas.
- ✓ Atresia esofágica.
- ✓ Pacientes que presentan ingestión causticas (acidicas o básicas), a menos que se intube bajo visión directa (endoscopia).
- ✓ Traumatismo facial masivo o fractura de la base del cráneo.
- ✓ Cirugia gástrica o esofágica reciente
- ✓ Cirugia de bucofarínge o nasal reciente.
- ✓ Estenosis esofágica secundaria a tumor o esofagitis grave.
- ✓ Divertículo de Zenker.

RELATIVAS

- ✓ Presencia de varices esofágicas o de esofagitis severa.
- ✓ Pacientes comatosos.
- ✓ Traumatismo máxilofacial severo y/o sospecha de fractura de la base del craneo.

VI REQUISITOS

Consentimiento informado: No aplica

VII RECURSOS MATERIALES

MATERIAL MÉDICO NO FUNGIBLE

- 01 Depósito para desechos contaminados
- 01 Riñónera o bandeja.
- 01 Estetoscópio
- 01 Aspirador o dispositivo de aspiracion empotrado o portátil.



MATERIAL MÉDICO FUNGIBLES.

- 01 Par de guantes estéril
- 01 Campo estéril
- 01 Sonda nasogastrica n° (14,16,18)
- 01 Jeringa asepto de 50 ml para irrigación o aspiracion
- 01 Jeringa de 20 cc
- 01 Vaso con agua.
- 5cm Esparadrapo de papel.
- 01 Aposito transparente 5 x 5 cm
- 01 Paquete de Gasas 10 x 10
- 01 Mascarilla quirurgica o respirador
- 01 Mandil no estéril
- 01 Gorro

MEDICAMENTOS

- 01 Lubricante hidrosoluble o xilocaína en gel.

VIII DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
1. Revise en la historia clínica, nombre del paciente e indicación Médica.	1. Identificación correcta del paciente evita complicaciones y errores en el momento del procedimiento.
2. Higienice sus manos. Según norma R.M. N° 255-2016/MINSA.	2. Evita la diseminación de gérmenes y contaminación del equipo.
3. Prepare los materiales e insumos y llévelo al lado del paciente.	3. Los materiales e insumos completos ahorran tiempo y energía.
4. Explique al paciente y/o familia sobre el procedimiento.	4. Disminuye el temor y favorece su colaboración.
5. Preserve la intimidad del paciente.	5. La privacidad le proporciona seguridad al paciente.
6. Coloque al paciente en posición Fowler o Semi Fowler.	6. La posición facilita a la deglución y por ende el paso de la sonda.
7. Coloque un campo estéril sobre el pecho.	7. Mantiene un circuito estéril.
8. Realice higiene de manos con alcohol gel.	8. Evita la diseminación de gérmenes y contaminación del equipo.
9. Colóquese gorro, mascarilla o respirador mandil no estéril y guantes estériles.	9. Brinda seguridad al paciente y al personal.
10. Examine orificios nasales.	10. Asegura que no exista obstrucción o trauma nasal.
11. Mide la longitud de la sonda (nariz, lóbulo oreja, apéndice xifoides), en este orden. (Anexo 01)	11. Permite determinar la cantidad de sonda que debemos introducir para llegar al estómago.
12. Señalice o marque la medición en la sonda.	12. Permite tener en cuenta el tamaño de la longitud de la sonda nasogastrica que ingresara



13. Lubrique extremo distal de la sonda.	13. Reduce la fricción entre mucosas y sonda.
14. Enrolle la parte final de la sonda alrededor de la mano.	14. Facilita el sostenimiento de la sonda.
15. Introduce la sonda por el orificio nasal elegido, dirigiendo hacia abajo, con un suave movimiento.	15. Una vez pasada la resistencia de los cornetes (se habrá llegado a la orofaríngea).
16. Si el paciente está despierto pídele que se relaje, y realice movimientos de deglución o que beba sorbo de agua. Empujando suavemente la SNG, si presentara náuseas, detenerse y aplicar movimiento de rotación mientras avanzamos la sonda en dirección al Esófago.	16. Esta acción permite acceder con facilidad la sonda nasogastrica hacia el esófago. El tiempo favorecerá la adaptación del paciente a la sonda y, así mismo, a superar la sensación de nauseas producidas por la colocación.
17. Si el paciente presenta trastorno del sensorio flexione la cabeza del paciente hacia adelante.	17. Reduce la posibilidad que la sonda penetre en tráquea, facilita el paso hacia la faringe posterior pues cierra la glotis.
18. Continúe introduciendo la sonda hasta llegar al estómago y que la marca de referencia quede a nivel de la nariz.	18. El marcado de la sonda permite saber la longitud que ingresara.
19. Insufle aire 20 cc por la sonda colocando el estetoscopio en el epigástrico.	19. Al introducir una embolada de aire con la jeringa, permite oír el burbujeo que se produce, a través del estetoscopio sobre el epigastrio.
20. Compruebe que la sonda se encuentra en el estómago: aspirar contenido gástrico.	20. Permite saber, si la sonda nasogastrica se encuentra en el estómago.
21. Fijar la sonda con esparadrapo y/o apósito transparente. Y en el extremo abierto del tubo se puede colocar un tapón, una bolsa colectora o realizar lavados gástricos. (anexo 02)	21. Para evitar el desplazamiento y retiro de la sonda nasogastrica.
22. Deje al paciente en posición cómoda.	22. Favorece el confort del paciente.
23. Elimine los materiales según norma de bioseguridad del HCH.	23. Evita contaminación del ambiente.
24. Retírese los guantes, mandil, mascarilla o respirador y gorro luego realice higiene de manos según norma.	24. La eficacia de la protección depende de la colocación y retiro de los EPP y estricto lavado de manos antes y después de su uso.
25. Rotule la fecha de colocación de la sonda nasogastrica.	25. La fecha nos permite el control del dispositivo.
26. Registre en notas y kardex de Enfermería.	26. Documenta el procedimiento y, permite al personal de enfermería la próxima intervención.



IX COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN LA COLOCACION DE Sonda NASO GASTRICA.

COMPLICACIONES	ACCIONES
LESIONES EN LA NARIZ	1. Valore la zona afectada. 2. Lave la zona con agua destilada y jabón. 3. Mantener seca la zona afectada. 4. Cambie la posición de la sonda para que no presione sobre el mismo punto 5. Registre el procedimiento y la lesión en las notas de enfermería.
OBSTRUCCION DE LA Sonda NASOGASTRICA	1. Verifique la permeabilidad de la sonda nasogastrica. 2. Administre agua después de cada toma de alimentos y medicamentos por la sonda. 3. Retire la sonda nasogastrica si esta obstruida. 4. Coloque nueva sonda. 5. Registre el procedimiento en las notas de enfermería.
NÁUSEAS Y VÓMITOS	1. Valore al paciente. 2. Observe la frecuencia, características y volumen del vomito. 3. Coloque al paciente en posicion fowler. 4. Indique que inspire profundamente por la nariz y expire por la boca despues del vomito. 5. Enjuague la boca com abundante agua. 6. Mantener un ambiente ventilado y tranquilo. 7. Brinde apoyo emocional, en la acción de relajar al paciente. 8. Registre el procedimiento en las notas de enfermería.
TOS IRRITATIVA	1. Valore al paciente. 2. Compruebe que la sonda se encuentre en el estomago. 3. Compruebe que la sonda este fijada segun la marca establecida al colocarla.



X BIBLIOGRAFIA

1. Larrañaga GN. Cuidados de Enfermería en el paciente portador de sondaje nasogastrica. España. Universidad de la Rioja. [Internet]. 2016 [citado 2018 Mar 28]. vol. 3.Pag.33-37. Disponible en:
https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE002075.pdf
2. Ramez SM, Arjang K, Siavosh S, George J. Utilización de la sonda gástrica y manejo de la Vía Aérea en pacientes con riesgo de aspiracion pulmonar. Revisión y propuesta de un algoritmo. Madrid. Hospital Universitario Fundación de Alcorcón . [Internet]. 2014 [citado 2018 Mar 28]. Vol.118. pag.569. Disponible en:
<http://anestesiari.org/2014/utilizacion-de-la-sonda-gastrica-y-manejo-de-la-via-aerea-en-pacientes-con-riesgo-de-aspiracion-pulmonar-revision-y-propuesta-de-un-algoritmo/>
3. González VJ, Oliver CJ, Abizanda SP, Rica EM. Uso de las sondas de alimentación en el paciente con demencia avanzada. Revisión sistemática. Español. Rev Clín Med Fam. [Revista en Internet]. 2013 [citado 2018 Mar 28] 6 (1): 37-42. Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v6n1/especial2.pdf>



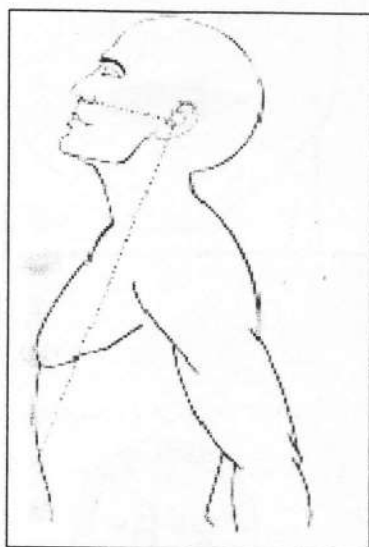
XI ANEXOS

Anexo 01

MEDICIÓN DE LA SONDA NASOGASTRICA

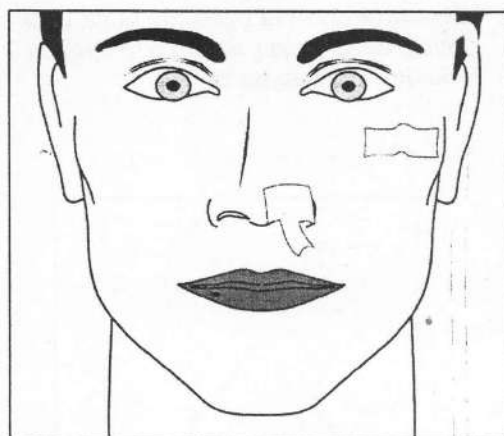
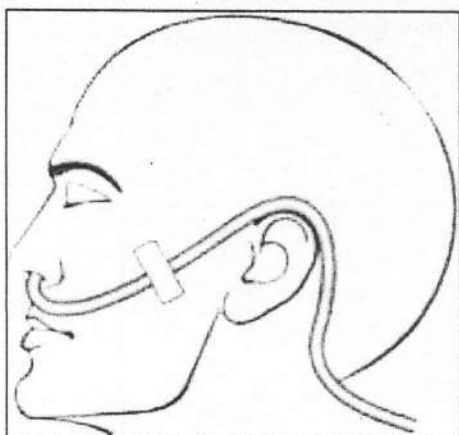
Determinar la longitud de la sonda.
Distancia entre la punta de la nariz al
lóbulo de la oreja y de ahí a la apófisis
xifoides en caso de SNG.

Marcar la longitud obtenida con un
esparadrapo o rotulador.



Anexo 02

FORMAS DE FIJACIÓN DE LA SONDA NASOGASTRICA



Anexo 03

LISTA DE CHEQUEO DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE ENFERMERIA EN COLOCACION DE SONDA NASOGASTRICA				
FECHA:		HORA DE INICIO :		HORA DE TERMINO :
Nº	ITEMS DEL PROCEDIMIENTO	SI	NO	OBSERVACIONES
1	Revisa en la historia clínica, nombre del paciente e indicación Médica.			
2	Higieniza sus manos. Según norma R.M. N° 255-2016/MINSA.			
3	Prepara los materiales e insumos y lo lleva a lado del paciente.			
4	Explica al paciente y/o familia sobre el procedimiento.			
5	Preserva la intimidad del paciente.			
6	Coloca al paciente en posición Fowler o Semi Fowler.			
7	Coloca un campo estéril sobre el pecho.			
8	Realiza higiene de manos con alcohol gel.			
9	Se coloca gorra, mascarilla o respirador, mandil no esteril o respirador y guantes estériles.			
10	Examina orificios nasales.			
11	Mide la longitud de la sonda (nariz, lóbulo oreja, apéndice xifoides), en este orden.			
12	Señaliza o marque la medición en la sonda.			
13	Lubrica el extremo distal de la sonda.			
14	Enrolla la parte final de la sonda alrededor de la mano.			
15	Introduce la sonda por el orificio nasal elegido, dirigiendo hacia abajo, con un suave movimiento.			
16	Si el paciente está despierto le pide que se relaje, y realice movimientos de deglución o que beba sorbo de agua.			
17	Empuja suavemente la SNG.			
18	Si el paciente presenta trastorno del sensorio flexione la cabeza del paciente hacia adelante.			
19	Continúa introduciendo la sonda hasta llegar al estómago y al nivel de la marca de referencia.			
20	Insufla el aire 20 cc por la sonda colocando el estetoscopio en el epigástrico.			
21	Comprueba que la sonda se encuentra en el estómago: aspirar contenido gástrico.			
22	Fija la sonda con esparadrapo y/o apósito transparente. Y en el extremo abierto del tubo se puede colocar un tapón, una bolsa colectora o realizar lavados gástricos. (anexo 02)			
23	Deja al paciente en posición cómoda.			
24	Elimina los materiales según norma de bioseguridad del HCH.			
25	Se retira los guantes, mascarilla o respirador, mandil y realiza higiene de manos según norma.			
26	Rotula la fecha de colocación de la sonda nasogastrica.			
27	Registra en notas y kardex de Enfermería.			
PORCENTAJE DE ACIERTOS				
>80% Aprobado				
FIRMA Y SELLO DEL EVALUADOR		FIRMA Y SELLO DEL EVALUADO		

