

**"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú"**  
**"Año de la consolidación del Mar de Grau"**



## RESOLUCION DIRECTORAL

Lima, 23 SET. 2016

**VISTO:**

El expediente N° 16-018428-001-INSN-SB; sobre la aprobación de las Guías de Procedimiento de la Unidad de Enfermería; y,

**CONSIDERANDO:**

Que, los Artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el Segundo párrafo del Artículo 5° del Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, establece que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo deben contar, en cada área, unidad o servicio, con manuales de procedimientos, guías de práctica clínica referidos a la atención de los pacientes, personal, suministros, mantenimiento, seguridad, y otros que sean necesarios, según sea el caso;

Que, el inciso s) del Artículo 37° del Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, establece que al Director Médico le corresponde disponer la elaboración del Reglamento interno, de las guías de práctica clínica y de los manuales de procedimientos referidos a la atención de los pacientes, personal, suministros, mantenimiento, seguridad, y otros que sean necesarios;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA fue aprobada la Norma Técnica N° 117-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", la cual establece el marco normativo para la elaboración de las Guías de Práctica Clínica en el Sector Salud;

Que, en el inciso g) del literal II.4.4 del Manual de Operaciones del Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja, aprobado con Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA, establece que es función de la Unidad de Enfermería, "Proponer la



actualización o actualizar los protocolos de trabajo asistencial en el servicio de enfermería que se presta en el Instituto”;

Que, mediante el Anexo 3 de la Ficha de Descripción de Procedimiento: “Elaboración, Aprobación y Cumplimiento de Adherencia de las Guías de Práctica Clínica y/o Guía de Procedimiento”, del Manual de Procesos y Procedimientos de la Unidad de Gestión de la Calidad, aprobado por Resolución Directoral N° 155/2015/INSN-SB/T se establece la estructura de la Guía de Procedimiento;

Que, mediante la Nota Informativa N° 00573-2016-INSN-SB, la Jefa de Oficina de la Unidad de Gestión de la Calidad solicitó a la Dirección General la aprobación de las Guías de Procedimiento enviadas por la Unidad de Enfermería; las mismas que cuentan con la opinión favorable de la Unidad de Gestión de la Calidad;

Con el visto bueno del Director Adjunto, de la Jefa de Oficina de la Unidad de Gestión de la Calidad, de la Jefa de Departamento de la Unidad de Enfermería; y, del Jefe de Oficina de la Unidad de Asesoría Jurídica;

Por los fundamentos expuestos y de conformidad con la Ley N° 26842, Ley General de Salud, el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, la Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, con la Resolución Ministerial N° 090-2013/MINSA, con la Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA; y, con la Resolución Jefatural N° 340-2015/IGSS;

#### SE RESUELVE:

**ARTÍCULO 1°.- Aprobar** las Guías de Procedimiento de la Unidad de Enfermería, las mismas que forman parte de la presente Resolución y que se detallan a continuación:

- Guía de Procedimiento de Enfermería de Colocación Periférica de Catéter Venoso Central (PICC)-GP-001/INSN-SB/UE.V.01-15 folios.
- Guía de Procedimiento de Enfermería Curación de Catéter Venoso Central(PICC)-GP-002/INSN-SB/UE.V.01-13 folios.
- Guía de Procedimiento de Enfermería Retiro del Catéter Venoso Central de Inserción Periférica (PICC)-GP-003/INSN-SB/UE.V.01-08 folios.
- Guía de Procedimientos de Enfermería Curación de Catéter Venoso Central –GP-004/INSN-SB/UE.V.01-14 folios.
- Guía de Procedimiento de Enfermería de Aspiración de Secreciones –GP-005/INSN-SB-UE.V.01-11 folios.
- Guía de Procedimientos de Enfermería Glucosa en Sangre, Tira Reactiva –GP-006/INSN-SB/UE.V.01-09 folios.
- Guía de Procedimiento de Nutrición Parenteral por día-GP-007/INSN-SB/UE.V.01-10 folios.
- Guía de Procedimiento de Enfermería Inserción de Catéter Vesical Temporal, Simple-GP-008-INSN-SB/UE.V.01-12 folios.
- Guía de Procedimientos Colocación de Sonda de Oro Gástrica(SOG)-GP-009/INSN-SB/UE.V.01-09 folios.
- Guía de Procedimiento de Enfermería Canalización de Vía Periférica –GP-0010/INSN-SB.UE.V.01-12 folios.





- Guía de Procedimiento Higiene del Paciente Crítico de la Unidad de Cuidados Intensivos-GP-0011/INSN-SB/UE.V.01-16 folios.

**ARTÍCULO 2°.- Designar** a la Unidad de Enfermería como la encargada de la implementación de las Guías de Procedimiento aprobadas con la presente resolución.

**ARTÍCULO 3°.- Designar** a la Unidad de Gestión de la Calidad, como la unidad a cargo de evaluar el cumplimiento de las presentes Guías.

**ARTÍCULO 4°.-** Disponer la publicación de la presente Resolución en la página Web de la Institución, conforme las normas de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE**

insn Instituto Nacional de Salud del Niño  
San Beria  
  
Dra. Zulema Tomás Gonzáles  
DIRECTORA GENERAL

EZTG/JCRG/kfbs

Distribución

- ( ) Dirección Adjunta
- ( ) Unidad de Atención Integral Especializada
- ( ) Unidad de Gestión de la Calidad
- ( ) Unidad de Asesoría Jurídica
- ( ) Archivo



## **GUIAS DE PROCEDIMIENTO DE LA UNIDAD DE ENFERMERIA**

- |                                     |              |
|-------------------------------------|--------------|
| 1. Colocación Periférica de PICC.   | Cód. 36568   |
| 2. Curación de CVC, PICC            | Cód. 1587906 |
| 3. Retiro de CVC.                   | Cód. 36590   |
| 4. Curación de CVC.                 | Cód. 1587902 |
| 5. Aspiración de Secreciones        | Cód. 3172001 |
| 6. Glucosa en Sangre, tira reactiva | Cód. 82948   |
| 7. Nutrición Parenteral por Día     | Cód. 99562   |
| 8. Inserción de Catéter vesical     | Cód. 51702   |
| 9. Colocación de Sonda Orogástrica  | Cód. 9100101 |
| 10. Canalización de vía periférica  | Cód. 10781   |
| 11. Higiene del paciente critico    |              |





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja

000007

# GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA

## COLOCACIÓN PERIFÉRICA DE CATÉTER VENOSO CENTRAL (PICC)

### UNIDAD DE ENFERMERIA



ELABORADO POR: UNIDAD DE ENFERMERÍA	REVISADO POR: UNIDAD DE ENFERMERIA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	APROBADO POR: DRA. ZULEMA TOMAS GONZALES Directora de Instituto Especializado del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja
Fecha: Agosto 2016	Código: GP 001/INSN-SB/UE.V.01	Página 1 de 15





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Perú - I.N.S.P.

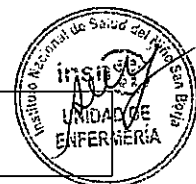
insn

000008

## Guía de Procedimiento de Enfermería para la Colocación Periférica de Catéter Venoso Central (PICC)

### CONTENIDO

I	NOMBRE Y CÓDIGO .....	3
II	DEFINICIÓN .....	3
III	INDICACIONES .....	3
IV	CONTRAINDICACIONES .....	3
V	REQUISITOS: CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	3
VI	RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR .....	4
VII	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO .....	5
VIII	LIMITACIÓN Y VALIDEZ DE LOS RESULTADOS .....	7
IX	COMPLICACIONES .....	7
X	AUTORES, FECHA Y LUGAR .....	8
XI	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	8
XII	ANEXOS .....	10



**I.- NOMBRE Y CÓDIGO**

Guía de Procedimiento de Enfermería para la Colocación periférica de catéter venoso central (PICC) con código 36568

**II.- DEFINICIÓN**

Es un procedimiento quirúrgico especializado que consiste en la inserción de un dispositivo (PICC), a través de una vena periférica y cuya parte distal debe quedar ubicada en una vía central (vena cava superior o inferior).

**III.- INDICACIONES**

- Recién nacidos prematuros, bajo peso, a término en estado crítico
- Recién nacidos y lactantes que requieren Nutrición parenteral.
- Recién nacido con patologías Digestiva y Neuroquirúrgica.
- Administración de medicamentos irritantes y vesicantes de gran peso molecular (Inotrópos, Vasodilatadores, etc.)
- Tratamiento Prolongado más de 7 días.

**IV.- CONTRAINDICACIONES**

- Lesiones cutáneas próximas al sitio de inserción.
- Flebitis en el trayecto de la vena elegida.
- RN con malformaciones múltiples e incompatibles con la vida
- RN sanos o tratamiento cortos.
- En presencia de contracturas articulares, valorar la situación por la difícil progresión del catéter hasta el territorio central.
- Transfusiones de sangre u otros hemoderivados.
- Procedimientos de extracciones de sangre, mediciones de PVC.
- Tratamientos con Macromoléculas en general.
- Recién nacidos con trastornos de la coagulación.

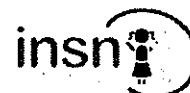
**V.- REQUISITOS: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Procedimiento que el Médico debe informar a los padres o apoderado sobre el procedimiento a realizar en forma clara y respetuosa indicando la necesidad de realizar dicho procedimiento, así como las posibles complicaciones, teniendo que registrar su aprobación o negación conforme a las normas vigentes en forma voluntaria y libre.





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja

000010

En los pacientes en situación de emergencia se aplicara conforme a la Ley. El Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en su Guía de Recomendaciones para la prevención de infecciones relacionadas con accesos vasculares 2011, promueve el uso de PICC cuando la terapia intravenosa excede los 6 días de duración.

## VI.- RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR

### Equipos Biomédicos

Monitor multiparámetros.

Incubadora.

### Material médico no Fungible.

Mesa de mayo

Riñonera estéril.

Tijera estéril.

Pinza de disección curva sin dientes.

### Material médico Fungible.

Solución antiséptica (Clorhexidina en base acuosa al 0,5 %).

Agua destilada (1 frasco estéril).

Suero fisiológico (1 frasco estéril).

Mandilones (2), campos dobles (2), campos simples (1) y fenestrado (1).

Gorro (2), mascarillas (2).

Guantes estériles (3 pares)

Set de equipo percutáneo 2.O Fr, de doble lumen (catéter de silicona 100% biocompatible y radio opaco, 1 introductor pelable, 1 cinta métrica).

Gasas estériles (5 paquetes de 5cmx5cm y 2 paquetes de 7.5x7.5cm).

Cintas de papel autoadhesivas.

Jeringa de 10 cm (2).

Jeringa de 3 cm (4).

Apósito transparente adhesivo 4 x 4 cm (2).

Apósito transparente adhesivo 5 x 5.7 cm (1)

Conector libre de agujas (2).

Cinta métrica limpia.

Recipiente para calentar frasco de agua estéril.



Fecha: Agosto 2016

Código: GP 001/INSN-SB/UE.V.01

Página 4 de 15



**Medicamentos**

Medidas no farmacológicas: suero glucosado sub lingual de 0.3-0.5cc

Medidas farmacológicas: Fentanilo, según indicación médica.

**VII.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

Luego de verificar la Indicación médica y el consentimiento informado registrado en la historia clínica:

Asegurar la monitorización y estabilidad hemodinámica del paciente.

Ubicar al neonato en cuna radiante abierta.

Si el RN se encuentra en ventilación mecánica verificar que se encuentre libre de secreciones, fijar el TET de manera que favorezca la realización del procedimiento.

Se procede a la valoración de los accesos venosos. Normalmente se opta por venas de las extremidades (cefálica, basílica...), aunque debido a la dificultad de acceso a veces se opta por los miembros inferiores, epicraneales o vena axilar o yugular.

Tras la elección del acceso y alternativas se procede a la medición desde el punto de punción a la zona precordial. Procederemos entonces a la colocación del paciente y aplicar medidas de confort y analgesia.

**TECNICA.-** Se trata de una técnica rigurosamente estéril que se realizará por dos profesionales de enfermería de la manera más breve posible y vigilante de las condiciones hemodinámicas del paciente:

1. La Enfermera Asistente se coloca las barreras de protección previo al lavado de manos quirúrgico utilizando gasas impregnadas de clorhexidina acuosa al 0,5% se realiza la limpieza desde el punto de venopunción hacia la periferia en tres tiempos, completando la limpieza de todo el miembro a utilizar dejando actuar en la piel por 1 minuto, posteriormente envolver el brazo con gasa estéril 7.5cmx7.5cm y se protege con un guante estéril en espera de que la enfermera Operadora reciba la zona preparada.
2. La Enfermera Operadora se coloca las barreras de protección previa al lavado de manos quirúrgico, se coloca el mandilón y guantes estériles y viste la cuna radiante con los campos estériles para recibir la zona preparada colocando el campo fenestrado.





3. La enfermera Asistente se coloca el mandil y guantes estériles y procede a preparar mesa con material y equipo estéril: Purgar con suero fisiológico el catéter, alargador luer lock y la extensión doble lumen, preparar las jeringas de 3ml y 10ml con suero fisiológico, tener preparado el apósito transparente, gasa tipo almohadilla cuadrada pequeña y otra en forma rectangular.
4. La Enfermera Operadora procede a la punción de la vena elegida, colocando previo un lazo hemostático, la cabeza del bebe debe estar mirando al operador, el operador pasa una gasa humedecida con solución salina en el lugar de punción. Máximo 3 punciones.
5. Durante la punción el bisel debe estar en un ángulo de 15° a 20°.
6. Una vez confirmado el retorno venoso, retirar parcialmente el mandril, introducir unos milímetros el introcath.
7. La enfermera Asistente retirará la ligadura y la enfermera operadora toma el catéter con la pinza y procede a introducirlo lentamente (0.5 cm cada paso) sin ofrecer resistencia, administrar bolos de suero fisiológico con jeringa 3ml, verificando el retorno venoso, introducir el catéter hasta la distancia medida.
8. La enfermera Asistente hace presión en la zona de punción y rompe el introductor cogiendo las alitas y presionándolo hacia los costados, retirarlo lentamente teniendo cuidado de no jalar el catéter.
9. La enfermera Asistente procede a realizar la limpieza y antisepsia de la zona de punción con suero fisiológico
10. La enfermera Operadora procede a la fijación temporal del catéter colocando una gasita de 1 cm cuadrado sobre el sitio de punción, fijarla ejerciendo leve presión con una tira autoadhesiva pequeña (3 a 4 cm) en forma horizontal al catéter. Fijar parte de la extensión del catéter, dejarlo protegido con una gasa estéril.
11. Colocar apósito transparente rectangular dejando libre el sitio de punción (cubrir desde donde empieza el catéter hasta 1-2 cm, el apósito adhesivo no debe envolver el brazo del bebé.
12. Se realiza el control radiológico para la verificación de la ubicación del catéter.
13. Realizar el lavado quirúrgico de manos
14. Si se requiere retirar el catéter algunos centímetros, realizarlo con técnica estéril despegar la gasita de la zona de punción, retirar la cantidad necesaria y volver a proteger.





15. Confirmada su correcta localización la Enfermera Operadora realizara un bucle y luego fijara de modo permanente con apósito transparente, la extensión doble lumen se cubre con gasa estéril 7.5cmx7.5cm y se sujeta con esparadrapo.
16. Terminar de fijar: colocar apósito adhesivo sobre el resto del catéter (desde la última parte de la extensión hasta por sobre la zona de punción)
17. Una vez terminada la fijación se coloca los conectores libre de agujas y seguidamente la extensión doble lumen si es necesario y se iniciar la infusión.
18. Retirar los campos y dejar al paciente en posición cómoda.
19. *Rotular el catéter con la siguiente información:*
  - *Percutáneo (Nro. Fr.; medida introducida y externa)*
  - *Responsables del procedimiento.*
  - *Fecha.*
20. Realice las anotaciones en el registro de así como sucesos ocurridos durante el procedimiento
21. Registrar en el formato exclusivo de colocación y seguimiento de catéter central de inserción periférica.

## VIII.- LIMITACIONES Y VALIDEZ DE RESULTADOS

La validez de los resultados implica contar con los insumos, materiales y recursos solicitados como requisito en la presente guía lo que garantizara la seguridad del procedimiento.

## IX.- COMPLICACIONES

### DURANTE LA INSERCIÓN:

- Dolor.
- Hemorragia.
- Daño vascular,
- Daño nervioso.
- Arritmia cardiaca.
- Dificultad para hacer avanzar el catéter





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto de Gestión  
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja



000014

## POSTERIORES A LA INSERCIÓN

- Oclusión del catéter.
- Sepsis relacionada al PICC.
- Migración o mal posición del catéter.
- Trombosis.
- Flebitis.
- Infiltración y extravasación.
- Edema.
- Derrame pleural o hidrotórax.
- Efusión pericárdica y taponamiento cardíaco.
- Rotura.
- Embolismo gaseoso.

## **X.- AUTORES. FECHA Y LUGAR**

Unidad de Enfermería – Agosto 2016

Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja- Agosto 2016

Vigencia de la Guía de Procedimientos – 02 años a partir de su aprobación con Resolución Directoral.



**XI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Silva Bretas TC, Silva Fagundes MF, Versiani Clara de C, Marques Andrade F. Evaluar el Conocimiento del Equipo de Enfermería sobre la Inserción y Mantenimiento del Catéter Central de Inserción Periférica (PICC). Enferm. Glob. oct. 2013 vol.12 no.32 Murcia.
2. Paula Fajuri M. Paola Pino A., Andrés Castillo M. Uso de Catéter Venoso Central de Inserción Periférica en Pediatría. Rev. Chil. Pedi. Santiago Ago. 2012. vol.83 no.4.
3. Mauricio Barría P, Gema Santander M. Cateterismo Venoso Central de Inserción Periférica en Recién Nacidos de Cuidado Intensivo. Rev. Chil. Pediatr. v.77 n.2 Santiago abr. 2006.
4. Díaz Aguilar R, Alonso Uria RM. Preparación del personal de enfermería en la técnica del Cateterismo Epicutáneo en Neonatología. Rev Cubana Enfermer v.24 n.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. 2008.
5. Castro López F. Beneficios del Catéter Epicutáneo en el Recién Nacido; Rev. Cubana Enfermería 2.004; 20(2).
6. Díaz Álvarez M, Rivera Alés L, Arango Arias MI, Rodríguez Estévez R. Cateterismo Venoso Central Percutáneo en Neonatos: Preferencias, Indicaciones y Complicaciones; Rev Cubana Pediatr v.78 n.3 Ciudad de la Habana jul.-sep. 2006.
7. Costa P, Fumiko Kimura A, Huffman Brandon D, Dorea Paiva E, Ponce de Camargo P. Elaboración de un puntaje de Riesgo para Remoción no Electiva de Catéter Central de Inserción Periférica en Neonatos, Revista Latino-Americana. Enfermagem, Ahead of print Epub July 03, 2015.
8. Barría P M, Santander M G. Cateterismo Venoso Central de Inserción Periférica en Recién Nacidos de Cuidados Intensivos. Rev Chil Pediatr 77 (2); 139-146, 2006.
9. Manual de Procedimientos de los Servicios de Neonatología, versión 1-2013, pág Grupo de Trabajo de Catéteres Intravasculares 2004; Hospital Universitario 12 de octubre; Protocolo Vías Centrales de Acceso Periférico en Prematuros y Recién Nacidos Enfermos.
10. Hospital la Fe. Cuidados Intensivos Neonatales; Protocolo de Canalización de Epicutáneo.
11. Caballero, MC; Accesos vasculares. Implantación y Cuidados Enfermeros; Difusión Avances de Enfermería 2.002.





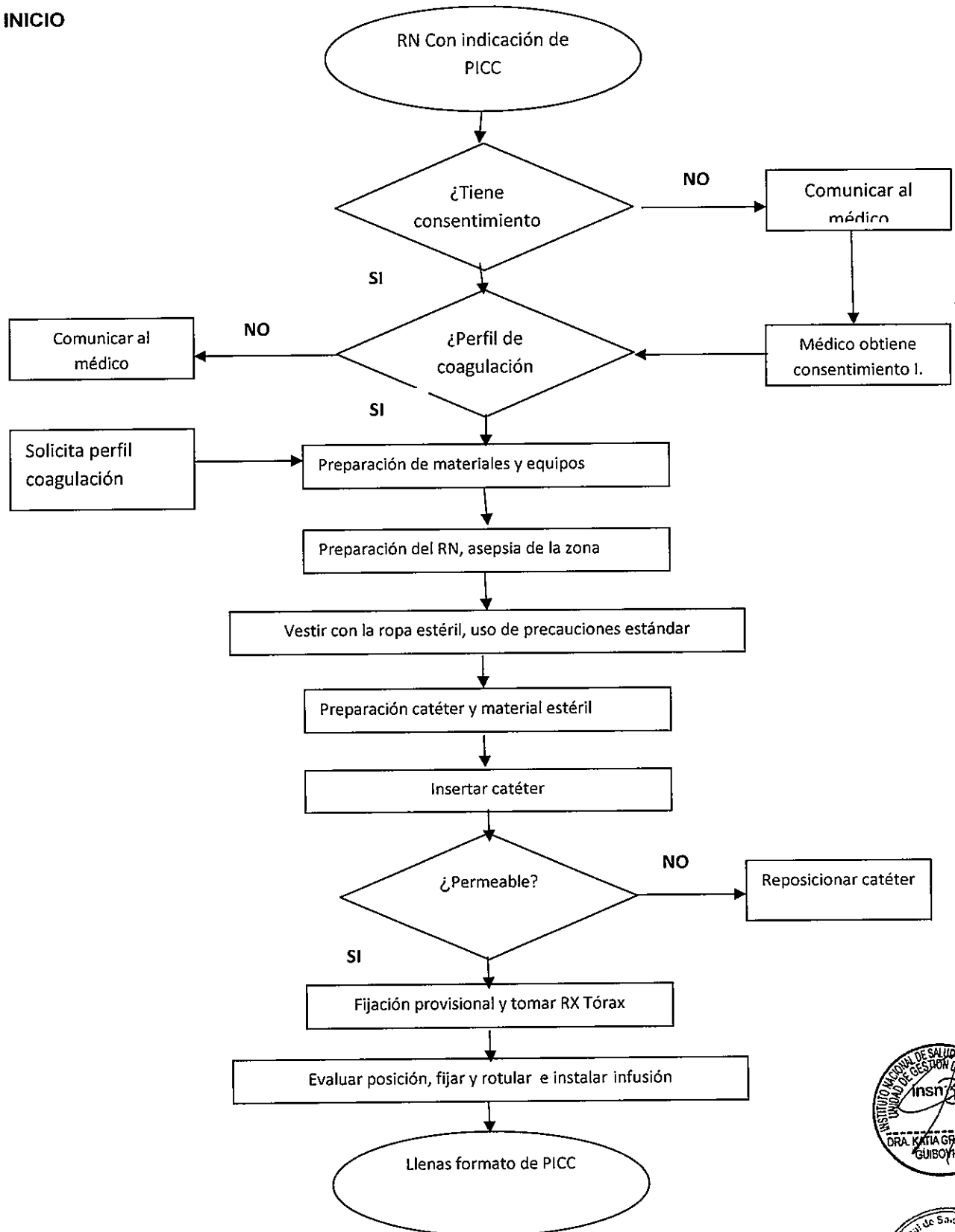


12. Barria P, Mauricio y Santander M, Gema. Cateterismo Venoso Central de Inserción Periférica en Recién Nacidos de Cuidado Intensivo. Rev. Chil. Pediatr. [on line]. 2006, vol.77, n.2.
13. CDC. (Centros Nacional de Enfermedades infecciosas). Guía para la Prevención de Infecciones relacionadas con Catéteres Intravasculares.
14. Díaz Martínez LA. Complicaciones de los Catéteres Venosos Centrales de Inserción Periférica. una Revisión Sistemática. REVISTA DE PEDIATRÍA. Universidad Autónoma de Bucaramanga. 2001.
15. Gómez Masiá A. Cordero Martínez M. Canalización de Catéteres Epicutáneos. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Gregorio Marañón. 2002.
16. Guía de Prevención de Infecciones Relacionadas con Catéteres Intravasculares. Versión española adaptada 2003, de Guidelines for the prevention of Intravascular Catheter-Related Infections 2002. CDC– USA.



**XII.- ANEXOS****FLUXOGRAMA DE INSERCIÓN PERIFÉRICA DE CATÉTER VENOSO CENTRAL**

INICIO





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja

000018

**FICHA DE MONITOREO PARA LA INSERCIÓN, MANTENIMIENTO Y RETIRO  
DEL CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA****I) DATOS DEL RECIÉN NACIDO**

Nombre y apellidos del Bebe:

Sexo: F ( ) M ( )

Fecha y hora de nacimiento:

.....

Fecha y hora de ingreso a UCIN

.....

Peso Actual:

.....

DX Medico:

.....

**II) PROCEDIMIENTO**

Fecha y hora de inserción de catéter percutáneo:

.....

Sitio de vena elegida:

- a) vena cefálica ( )  
b) Vena basilíca ( )  
c) Vena media ( )  
d) Dorso de mano ( )  
e) Axilar ( )  
f) Yugular ( )  
g) Peri craneal ( )  
h) Otros ( )

Centímetros introducidos:.....

Centímetros que quedan fuera:.....

Tipode

catéter:.....

N° de

lumen:.....

Confirmación radiológica: Si ( ) No ( )

Ubicación del catéter:

- a) Central ( )  
b) Periférico ( )





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja

000019

**III) RESPONSABLE**

- Enfermera/o:

.....

- Médico que indica el  
procedimiento:.....

**IV) TIPO DE SOLUCIÓN A INFUNDIR:**

--

**V) CUIDADOS DE ZONA INSERCIÓN:**

Estado de zona de inserción:

- a) Enrojecimiento ( )
- b) Sensibilidad ( )
- c) Dolor ( )
- d) Edema ( )
- e) Flebitis ( )
- f) Otros ( )

Curación del catéter:

Fecha	Hora	Responsable	Observación

**VI) TÉRMINO DEL USO DEL CATÉTER PERCUTÁNEO.**

Fecha y hora de retiro:.....

Causa del retiro:

- a) Flebitis ( )
- b) Extravasación ( )
- c) Obstrucción ( )
- d) Desplazamiento ( )
- e) No requiere ( )
- f) Otros ( )

Días de duración de catéter percutáneo: .....

Cultivo de la Punta del Catéter: SI ( ) NO ( )

Resultados del cultivo:.....





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja

000020

# LISTA DE CHEQUEO DE GUÍA PARA LA INSERCIÓN PERIFÉRICA DE CATÉTER VENOSO CENTRAL (PICC)

ITEMS DE EVALUACION	SI	NO	OBSERVACIONES
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verifica indicación médica y consentimiento informado.</li> <li>2. Cuenta con el material y equipo necesario.</li> <li>3. Verifica estabilidad hemodinámica del paciente</li> <li>4. Realiza la elección de vena adecuada.</li> <li>5. Utiliza barreras de protección el operador y asistente</li> <li>6. Realiza la técnica de lavado de manos correctamente.</li> <li>7. Realiza la medición de la longitud del catéter a introducir desde el punto de inserción hasta el segundo o tercer espacio intercostal.</li> <li>8. La enfermera Asistente realiza la limpieza y desinfección de la zona de inserción y periferie con clorhexidina acuosa al 0.5%</li> <li>9. La enfermera Operadora realiza lavado de manos quirúrgico y procede a vestir la cuna radiante con los campos estériles, luego se recibe la zona preparada.</li> <li>10. La enfermera Asistente se coloca el mandil y guantes estériles luego procede a preparar el material necesario para la inserción.</li> <li>11. La Enfermera Operadora procede a la punción de la vena elegida. Durante la punción el bisel debe estar en un ángulo de 15° a 20°.</li> <li>12. Confirmado el retorno venoso, se retira parcialmente el mandril.</li> <li>13. La enfermera Asistente retira la ligadura y la enfermera Operadora introduce lentamente (0.5 cada paso).</li> <li>14. La enfermera Asistente retira el introductor y rompe las alitas presionándolo hacia los costados.</li> <li>15. La enfermera Asistente realizar la limpieza y antisepsia de la zona de punción con suero fisiológico.</li> <li>16. La enfermera Operadora procede a la fijación temporal del catéter.</li> <li>17. Se realiza el control radiológico de la ubicación correcta del catéter.</li> <li>18. En caso se requiera retirar el catéter algunos centímetros se realiza con técnica estéril</li> <li>19. Confirmada la correcta ubicación se procede a la fijación permanente con apósito transparente estéril</li> <li>20. Rotula fecha de colocación del catéter</li> <li>21. Registra en el formato de monitoreo de catéter de inserción periférica central (PICC)</li> </ol>			



Fecha: Agosto 2016

Código: GP 001/INSN-SB/UE.V.01

Página 14 de 15





PERÚ

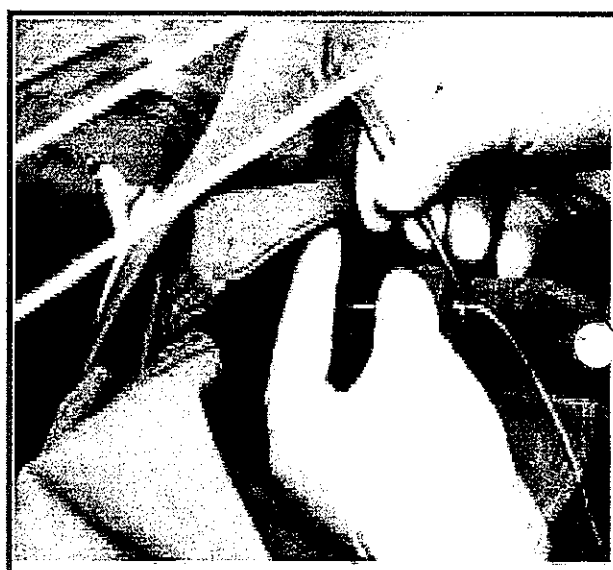
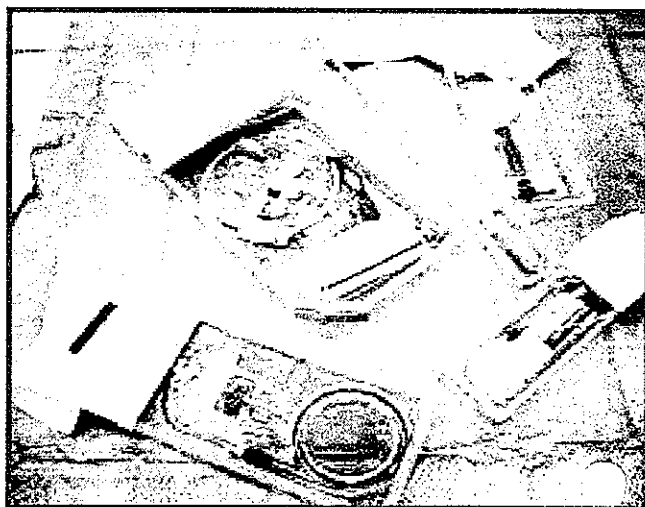
Ministerio  
de Salud

Instituto de Gestión  
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño - SIN SBN



000021



Fecha: Agosto 2016

Código: GP 001/INSN-SB/UE.V.01

Página 15 de 15

000072



PERÚ

Ministerio  
de Salud

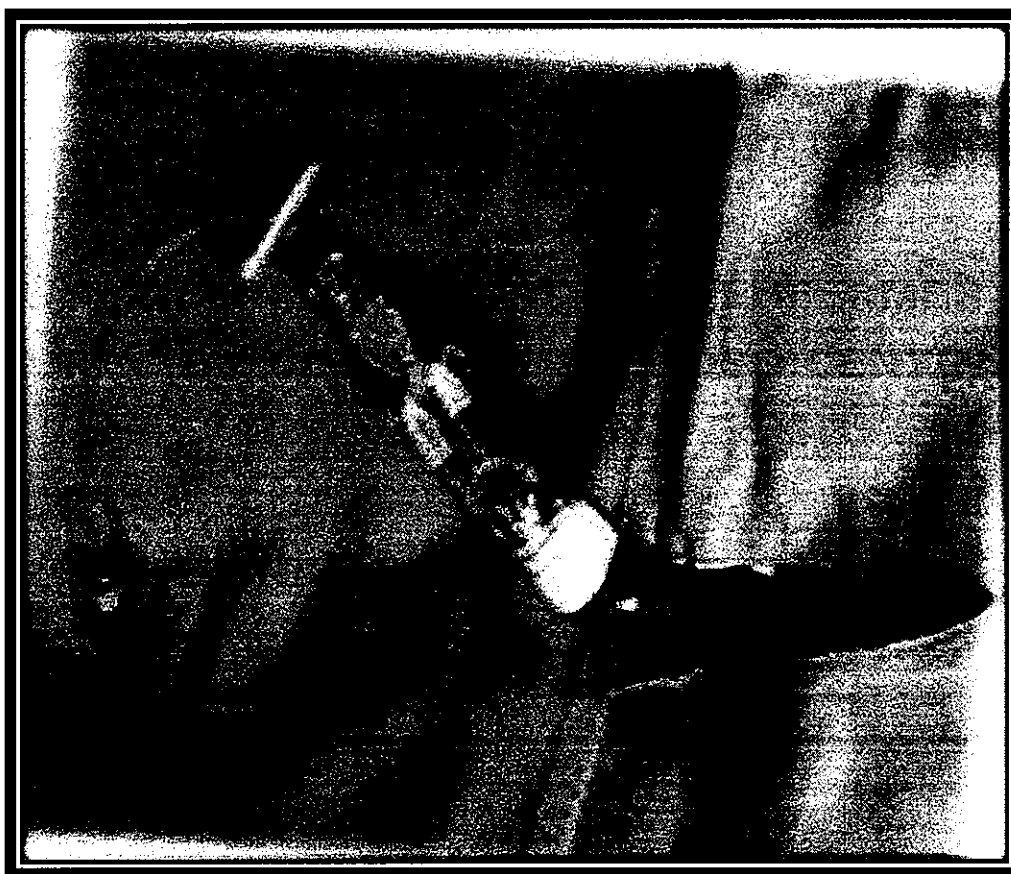
Instituto de Gestión  
de Servicios de Salud



000022

# **GUIA DE PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA CURACION DE CATETER VENOSO CENTRAL (PICC)**

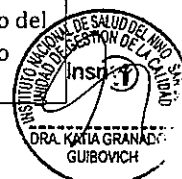
## **UNIDAD DE ENFERMERIA**



**ELABORADO POR:**  
UNIDAD DE ENFERMERÍA

**REVISADO POR:**  
UNIDAD DE ENFERMERIA  
UNIDAD DE GESTIÓN DE LA  
CALIDAD

**APROBADO POR:**  
**DRA. ZULEMA TOMAS GONZALES**  
Directora de Instituto Especializado del  
Instituto Nacional de Salud del Niño  
San Borja



Fecha: Agosto 2016

Código: GP 002/INSN-SB/UE.V.01

Página 1 de 13





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de Salud

000023

## GUIA DE PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA CURACION DE CATETER VENOSO CENTRAL (PICC)

### CONTENIDO

I	NOMBRE Y CÓDIGO .....	3
II	DEFINICIÓN .....	3
III	INDICACIONES .....	3
IV	CONTRAINDICACIONES .....	3
V	REQUISITOS: CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	4
VI	RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR .....	4
VII	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO .....	5
VIII	LIMITACIÓN Y VALIDEZ DE LOS RESULTADOS .....	7
IX	COMPLICACIONES .....	7
X	AUTORES, FECHA Y LUGAR .....	8
XI	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	9
XII	ANEXOS .....	9



**I.- NOMBRE Y CÓDIGO**

Guía de Procedimiento de Enfermería Mantenimiento del Catéter Venoso Central de Inserción Periférica (PICC) con código 1587906.

**II.- DEFINICIÓN**

Es un procedimiento de enfermería que consiste en los cuidados del catéter percutáneo y mantenerlo permeable y aséptica.

**III.- INDICACIONES****ZONA DE INSERCIÓN:**

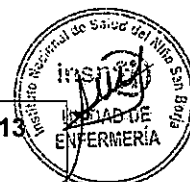
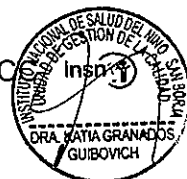
- Evaluar diariamente en busca de signos locales de infección: calor local, dolor, eritema, endurecimiento y presencia de cordón venoso visible o palpable en el trayecto de la vena.
- Mantener el sitio de inserción visible.
- Reemplazar la curación a las 48 horas luego de haber insertado el catéter.

**APOSITOS:**

- Reemplazar la curación cuando la misma se observa sucia, mojada o despegada.
- Reemplazar la curación con apósito transparente semipermeable cada 7 días.
- Reemplazar la curación con apósito transparente y gasa cada 3 días.
- Siguiendo las normas del CDC, las ventajas de utilizar el apósito de gasa es para facilitar la absorción que proporciona si la zona de inserción sangra o el neonato presenta diaforesis.

**SISTEMA DE PERFUSIÓN:**

- Mantener la asepsia rigurosa ante cualquier manipulación, realizando higiene de manos de acuerdo a normatividad de la OMS.
- Evitar las conexiones innecesarias y limitar, en lo posible, el número de puertos o entradas para mantener el circuito cerrado estéril.
- Evitar el lavado o irrigación del sistema para mejorar el flujo.
- No discontinuar la infusión, ni desconectar el percutáneo.
- No se debe administrar hemoderivados ni tomar muestras de sangre a través del PICC ya que hay riesgo de oclusión y pérdida del mismo.







PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de Salud

000025

**CAMBIO DE SISTEMA COMPLETO DE PERFUSIÓN:**

- El cambio de soluciones es cada 24 horas y el recambio del equipo será 24- 72 horas de acuerdo a la infusión incluyendo las extensiones.

**V.- REQUISITOS: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

No aplica

**VI.- RECURSOS: MATERIALES A UTILIZAR****Equipos Biomédicos**

- 01 Monitor multiparametro

**Material médico no Fungible:**

- 01 Tijera recta estéril.
- 01 pinza de disección sin uña
- 01 Mesa de mayo

**Material médico Fungible:**

- 2 Gorros y mascarillas
- 1 Mandilón estéril
- 3 Pares de Guantes estériles
- 2 Campos estériles
- 4 Sobres de gasas estériles.
- 1 Frasco estéril para muestra.
- Solución antiséptica Clorhexidina en base acuosa al 0,5 % para el neonato.
- 1 Solución de clorhexidina alcohólica al 2% para las conexiones o según las instrucciones del fabricante de las conexiones.
- 1 apósito transparente adhesivo de 4 x 4
- 1 apósito transparente adhesivo de 5 x 5.7cm
- Agua destilada

**Medicamentos**

- Medidas no farmacológicas: suero glucosado sub lingual de 0.3-0.5cc





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de Salud

000026

**VII.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO****CURACIÓN DE CATÉTER**

1. Preparar el material y equipo necesario
2. Colocar al recién nacido en posición adecuada (sujeción suave si fuese necesario).
3. Administrar sublingual suero glucosado de 0.3 a 0.6cc.
4. Lavado de manos clínico (60 segundos)
5. Ponerse mandilón, guantes estériles y preparar el campo estéril con el material a usar.
6. Pincelar el apósito adhesivo transparente con una gasa embebida en Clorhexidina alcohólica al 2%. para desprender el apósito adhesivo.
7. Presiona la zona de punción y despegar el apósito transparente de afuera hacia adentro.
8. Realice cambio de guantes estéril y limpie la piel con agua destilada y gasa del centro hacia afuera en forma excéntrica.
9. Valore si fuese necesario, la limpieza de la zona de inserción con clorhexidina acuosa al 0.5% del centro a la periferie en forma circular, en casos de diaforesis excesiva o sangre seca. Dejar actuar durante 2 a 3 minutos o hasta que seque.
10. Valore la zona de inserción, la integridad del catéter y verifique los centímetros introducidos.
11. Realizar el secado del sitio de inserción, y colocar el nuevo apósito transparente 4 x 4, fijar el catéter cubriendo éste sin estirarlo.
12. Si existe sangrado o diaforesis excesiva colocar una gasa de 1cm en el sitio de inserción antes de fijar con el apósito transparente 4 x 4..
13. Use el apósito transparente reforzado 5 x 5.7, para fijar los lúmenes en su extremo distal de forma independiente.
14. Coloque un membrete con fecha de curación y nombre de quien lo curó y centímetros introducidos.
15. Dejar al paciente en posición cómoda.
16. Registro en formulario asignado según protocolo.





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de Salud

000027

**CAMBIO DE SISTEMA COMPLETO DE PERFUSIÓN:**

1. Higiene de manos clínico.
2. Uso de barreras protectoras: gorro, mascarilla, mandilón y guantes estériles.
3. Desinfectar conexiones antes de manipularlos con alcohol 70% y/o clorexidina en base alcohólica al 2% entre el punto de unión del catéter y el equipo abarcando 5 a 10cm y sitios de entrada al sistema.
4. Cierre el paso al paciente, desconecte el sistema previamente cerrado y deséchelo.
5. Conecte el nuevo sistema purgado
6. Elimine extensiones y/o conectores múltiples que ya no se utilicen.
7. Proteja con campos estériles pequeños el apósito que cubre el catéter y conexiones.
8. Restablezca el paso de la perfusión hacia el paciente y regule de nuevo el ritmo del goteo.
9. Registrar la fecha el cambio de los sistemas.

**VIII.- LIMITACIONES Y VALIDEZ DE RESULTADOS**

La validez de los resultados implica contar con los insumos, materiales y recursos solicitados como requisito en la presente guía, lo que garantizara la seguridad del procedimiento.

**IX.- COMPLICACIONES**

Infección asociada al catéter, ruptura, desplazamiento y ruptura del catéter

**X.- AUTORES. FECHA Y LUGAR**

Unidad de Enfermería – Agosto 2016

Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja- Agosto 2016

Vigencia de la Guía de Procedimientos – 02 años a partir de su aprobación con Resolución Directoral.





## XI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Posgrado en enfermería del neonato Sede: Hospital Infantil de México Federico Gómez. Generación: 2015-1 CURACIÓN DE CATETER PICC Noviembre 2014. Disponible en: [http://es.slideshare.net/burbujithapink/curacion-cateter-picc-neonato?qid=eea53834-eec4-4b08-9f4a-d2aa8de69c66&v=default&b=&from\\_search=1](http://es.slideshare.net/burbujithapink/curacion-cateter-picc-neonato?qid=eea53834-eec4-4b08-9f4a-d2aa8de69c66&v=default&b=&from_search=1)
2. Protocolo de Canalización, Mantenimiento y Uso de la Vía Venosa Central De Acceso Periférico. Complejo hospitalario Universitario Albacete. Disponible en <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/7b72ed75007c5aec6820db82cb7a41fe.pdf>
3. Uso de catéter venoso central de inserción periférica en pediatría, Paula Fajuri M, Paola Pino A., Andrés Castillo M. Universidad Católica de Chile. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062012000400005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062012000400005&script=sci_arttext)
4. Catéter Venoso Central, Inserción, Mantenimiento y Retirada, Hospital Universitario Reina Sofía – España. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user\\_upload/area\\_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos\\_2012/h1\\_cateter\\_venoso\\_central.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/h1_cateter_venoso_central.pdf)
5. Sociedad Científica de Enfermería Neonatal, 4to módulo del Diplomado de Inserción de Catéter Venoso Central de Inserción Periférica. Mg. Arminda Gil Castañeda. 2014.
6. CDC. (Centros Nacional de Enfermedades infecciosas). Guía para la prevención de infecciones relacionadas con catéteres intravasculares.
7. Exposición, mantenimiento y cuidado del PICC, Enf. Lic. Isabel Silvia Enriquez Cabrera, Hospital de Belén, 2013. Disponible en: [http://es.slideshare.net/isavil26/exposicion-mantenimiento-y-cuidado-del-picc?next\\_slideshow=2](http://es.slideshare.net/isavil26/exposicion-mantenimiento-y-cuidado-del-picc?next_slideshow=2)





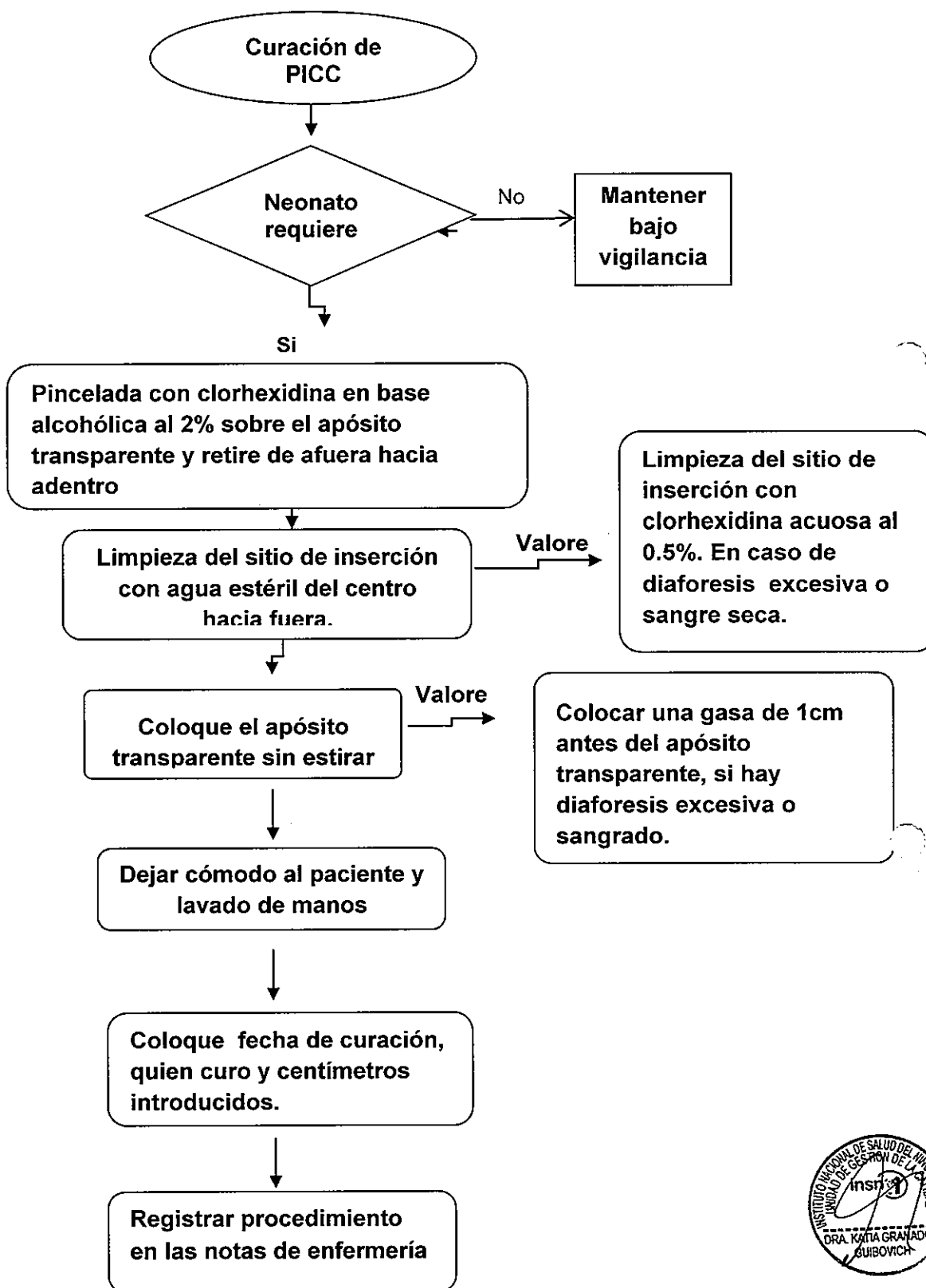
PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de SaludInstituto de Gestión de  
Servicios de Salud

000029

**XII.- ANEXOS****FLUJOGRAMA – CURACION DE PICC**

INICIO

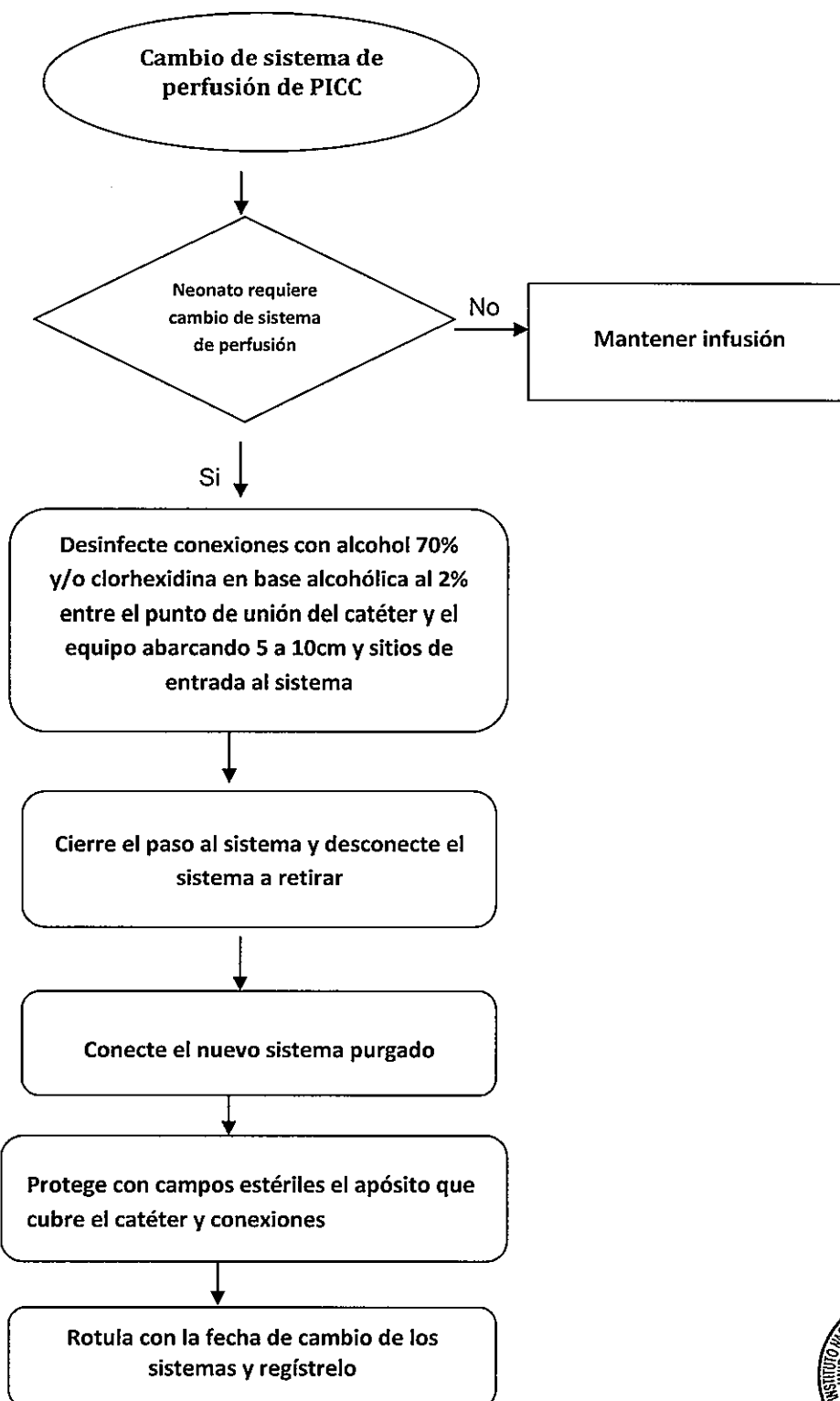






## FLUJOGRAMA – CAMBIO DE SISTEMA DE PERFUSIÓN

INICIO



FIN





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de Salud

000031

# LISTA DE CHEQUEO DE GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA EN LA CURACIÓN DEL CATETER VENOSO CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC)

ITEMS DE EVALUACION	SI	NO	OBSERVACIONES
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuenta con el material y equipo necesario</li> <li>2. Coloca al recién nacido en posición adecuada (sujeción suave si fuese necesario).</li> <li>3. Administra suero glucosado de 0.3 a 0.6cc sublingual</li> <li>4. Utiliza barreras de protección</li> <li>5. Realiza lavado de manos</li> <li>6. Pincela el apósito adhesivo transparente con una gasa embebida en clorhexidina alcohólica al 2% para desprender el apósito adhesivo.</li> <li>7. Presiona la zona de punción y despega el apósito transparente de afuera hacia adentro.</li> <li>8. Realiza el cambio de guantes estéril y limpia la piel con agua destilada y gasa del centro hacia afuera en forma excéntrica.</li> <li>9. Valora si es necesario la limpieza la zona de inserción con clorhexidina acuosa al 0.5% del centro a la periferie en forma circular. Deja actuar durante 2 a 3 minutos o hasta que seque.</li> <li>10. Valora la zona de inserción, la integridad del catéter y verifica los centímetros introducidos.</li> <li>11. Coloca el apósito transparente para fijar el catéter cubriendo éste sin estirarlo.</li> <li>12. Si existe sangrado o diaforesis excesiva coloca una gasa de 1cm en el sitio de inserción antes de fijar con el apósito transparente.</li> <li>13. Use el apósito transparente adhesivo 5 x 5.7, para fijar los lúmenes en su extremo distal de forma</li> </ol>			





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de Salud

000032

independiente.

14. Coloca la fecha de instalación, nombre de quien lo colocó, fecha y nombre de quien lo curó y centímetros introducidos.
15. Deja al paciente en posición cómoda.
16. Registra en formulario asignado según protocolo.





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de Salud

000033

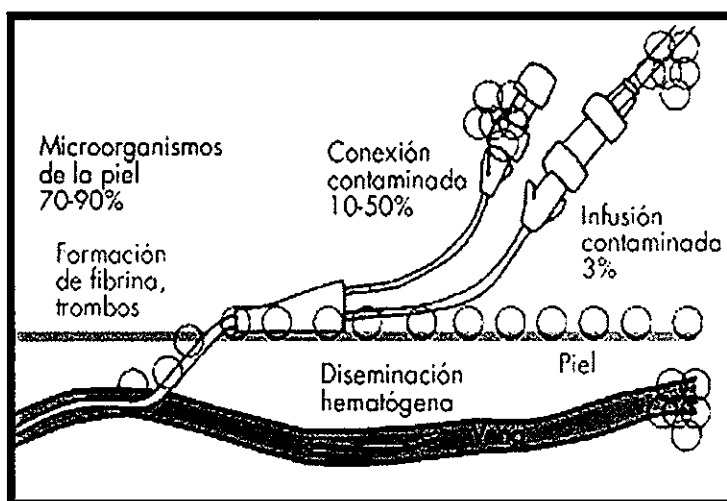
**LISTA DE CHEQUEO DE GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE ENFERMERIA EN  
EL CAMBIO DE SISTEMA COMPLETO DE PERFUSION DEL CATETER  
VENOSO CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC)**

ITEMS DE EVALUACION	SI	NO	OBSERVACIONES
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Realiza higiene de manos clínico.</li><li>2. Usa de barreras protectoras: gorro, mascarilla, mandilón y guantes estériles.</li><li>3. Desinfecta conexiones antes de manipularlos con alcohol 70% y/o clorhexidina en base alcohólica al 2% entre el punto de unión del catéter y el equipo abarcando 5 a 10cm y sitios de entrada al sistema.</li><li>4. Cierra el paso al paciente, desconecta el sistema previamente cerrado y deséchelo.</li><li>5. Conecta el nuevo sistema purgado</li><li>6. Elimina extensiones y/o conectores múltiples que ya no se utilicen.</li><li>7. Protege con campos estériles pequeños el apósito que cubre el catéter y conexiones.</li><li>8. Restable el paso de la perfusión hacia el paciente y regule de nuevo el ritmo del goteo.</li><li>9. Rotula con la fecha de cambio de los sistemas.</li></ol>			



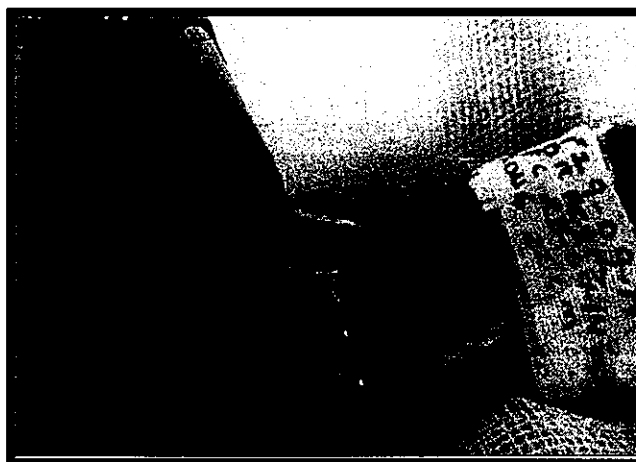
## IMÁGENES

### FORMAS DE CONTAMINACION DEL PICC



### FIJACION GASA Y APOSITO TRANSPARENTE

### FIJACION CON APOSITO TRANSPARENTE







PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de SaludInstituto Especializado de  
Neonatal y Pediatría

000035

# GUIA DE PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA RETIRO DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC)

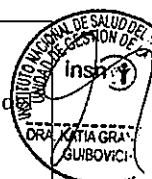
## UNIDAD DE ENFERMERIA



ELABORADO POR:  
UNIDAD DE ENFERMERÍA

REVISADO POR:  
UNIDAD DE ENFERMERIA  
UNIDAD DE GESTIÓN DE LA  
CALIDAD

APROBADO POR:  
DRA. ZULEMA TOMAS GONZALES  
Directora de Instituto Especializado de  
Instituto Nacional de Salud del Niño  
San Borja



Fecha: Agosto 2016

Código: GP 003/INSN-SB/UE.V.01

Página 1 de 8





000036

## **GUIA DE PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA RETIRO DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC)**

### **CONTENIDO**

I	NOMBRE Y CÓDIGO .....	3
II	DEFINICIÓN .....	3
III	INDICACIONES .....	3
IV	CONTRAINDICACIONES .....	3
V	REQUISITOS: CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	4
VI	RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR .....	4
VII	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO .....	5
VIII	LIMITACIÓN Y VALIDEZ DE LOS RESULTADOS .....	7
IX	COMPLICACIONES .....	7
X	AUTORES, FECHA Y LUGAR .....	8
XI	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	9
XII	ANEXOS .....	9







000037

**I.- NOMBRE Y CÓDIGO**

Guía de Procedimiento de Enfermería para Retiro del Catéter Venoso Central de Inserción Periférica (PICC) Con código 36590.

**II.- DEFINICIÓN**

Es un procedimiento por el cual se extrae el catéter venoso central de inserción periférica que ya no cumple la función para la cual fue instalado o que debe ser cambiado.

**III.- INDICACIONES**

INDICACIONES ABSOLUTAS.- Fin de tratamiento, flebitis, obstrucción que no pueda resolverse, sepsis confirmada, exudación a través del punto de punción, rotura del catéter, desplazamiento y/o mal posicionamiento del catéter.

**IV.- CONTRAINDICACIONES**

Trastorno de coagulación recuento de plaquetas menores a 50 000 mm<sup>3</sup> y el INR mayor de 1.5.

**V.- REQUISITOS: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

No aplica.

**VI.- RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR****Equipos Biomédicos**

- 01 Monitor multiparámetro

**Material médico no Fungible:**

- 01 Tijera recta estéril.
- 01 pinza de disección sin uña.
- 01 Mesa de mayo.





000038

**Material médico Fungible:**

- 2 Gorros y mascarillas
- 1 Mandilón estéril
- 3 Guantes estériles
- 2 Campos estériles
- 2 Sobres de gasas estériles.
- Suero glucosado
- 1 Frasco estéril para muestra.
- 1 Solución antiséptica clorhexidina en base alcohólica al 2%.
- 1 Solución antiséptica clorhexidina acuosa al 0.5%
- 1 apósito transparente 4x4
- Agua estéril.

**VII.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO****INICIO**

1. Preparar material y equipo necesario
2. Colocar al recién nacido en posición supina y cierre las llaves de las infusiones.
3. Administrar suero glucosado sublingual de 0.3 a 0.6cc.

**DURANTE**

1. Colocarse mascarilla, gorro.
2. higiene de manos (60 segundos).
3. Ponerse mandilón, guantes estériles y preparar el campo estéril con el material a usar.
4. Pincelar el apósito adhesivo transparente con una gasa embebida en clorhexidina en base alcohólica al 2%. para desprender el apósito adhesivo.
5. Presionar la zona de punción y despegar el apósito transparente de afuera hacia adentro.
6. Realice cambio de guantes estéril y limpie la piel con agua estéril del centro hacia afuera en forma excéntrica y luego con clorhexidina acuosa al 0.5%.
7. Colocar gasa estéril seca en el sitio de inserción y retirar suavemente y lentamente el catéter por tracción, centímetro por centímetro, ejerciendo presión constante.





8. Si se presenta resistencia durante la extracción del catéter no traccione, realizar masajes en el trayecto de la vena o proporcione calor local por 20 minutos. Si no tiene resultado avise al neonatólogo. 000039
9. Verificar la integridad del catéter.
10. Si es necesario un cultivo, se descarta el primer centímetro punta distal del catéter y se envía se enviara el segundo centímetro teniendo en cuenta las condiciones asépticas del procedimiento.
11. Comprimir la zona con gasa estéril durante aproximadamente 3 minutos, hasta que cese el sangrado.
12. Cubrir zona con gasa estéril y apósito adhesivo transparente.

## DESPUES

1. Dejar al paciente en posición cómoda.
2. Registro en formulario asignado según protocolo.

## VIII.- LIMITACIONES Y VALIDEZ DE RESULTADOS

La validez de los resultados implica contar con los insumos, materiales y recursos solicitados como requisito en la presente guía, lo que garantizara la seguridad del procedimiento.

## IX.- COMPLICACIONES

- Dificultad para la extracción
- Ruptura del catéter durante la extracción.
- Espasmo venoso por retirada rápida
- Sangrado del sitio de inserción y hematomas.

## X.- AUTORES. FECHA Y LUGAR

Unidad de Enfermería – Agosto 2016

Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja- Agosto 2016

Vigencia de la Guía de Procedimientos – 02 años a partir de su aprobación con Resolución Directoral.





000040

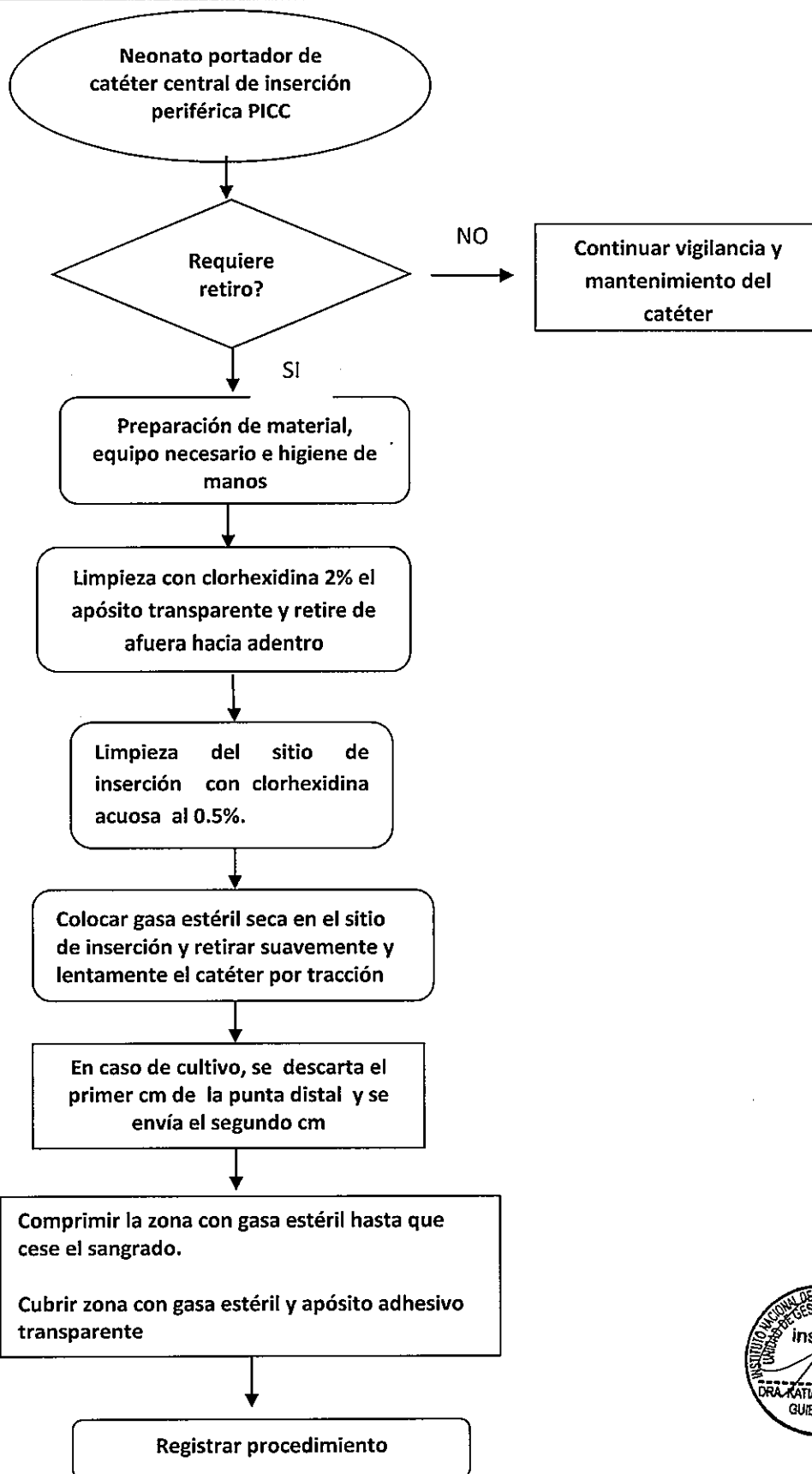
**XI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Protocolo de Canalización, Mantenimiento y Uso de la Vía Venosa Central De Acceso Periférico. Complejo hospitalario Universitario Albacete. Disponible en: \_ M <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/7b72ed75007c5aec6820db82cb7a41fe.pdf>
2. Uso de catéter venoso central de inserción periférica en pediatría, Paula Fajuri M, Paola Pino A., Andrés Castillo M. Universidad Católica de Chile. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062012000400005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062012000400005&script=sci_arttext)
3. Catéter Venoso Central, Inserción, Mantenimiento y Retirada, Hospital Universitario Reina Sofía – España. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user\\_upload/area\\_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos\\_2012/h1\\_cateter\\_venoso\\_central.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/h1_cateter_venoso_central.pdf)
4. Sociedad Científica de Enfermería Neonatal, 5to módulo del Diplomado de Inserción de Catéter Venoso Central de Inserción Periférica. Mg. Arminda Gil Castañeda. 2014.
5. CDC. (Centros Nacional de Enfermedades infecciosas). Guía para la prevención de infecciones relacionadas con catéteres intravasculares.



**XII.- ANEXOS**

000041

**FLUXOGRAMA****INICIO**



PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño**LISTA DE CHEQUEO DE GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA EN EL RETIRO DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC)**

000042

ITEMS DE EVALUACION	SI	NO	OBSERVACIONES
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Reúne el material y equipo necesario</li><li>2. Coloca al recién nacido en posición supina y cierra las llaves de las infusiones.</li><li>3. Administra suero glucosado de 0.3 a 0.6 cc sublingual.</li><li>4. Se coloca mascarilla y gorro.</li><li>5. Realiza higiene de manos (60 segundos).</li><li>6. Se pone mandilón, guantes estériles y prepara el campo estéril con el material a usar.</li><li>7. Pincela el apósito adhesivo transparente con clorhexidina al 2% en base alcohólica para desprender el apósito adhesivo.</li><li>8. Presiona la zona de punción y despega el apósito transparente de afuera hacia adentro.</li><li>9. Realiza cambio de guantes estéril, limpia la piel con agua estéril, del centro hacia afuera en forma excéntrica.</li><li>10. Valore la necesidad del uso de antisépticos clorhexidina al 0.5% o solución yodada al 10%.</li><li>11. Coloca gasa estéril seca en el sitio de inserción y retira suavemente y lentamente el catéter por tracción, centímetro por centímetro, ejerciendo presión constante.</li><li>12. Verificar la integridad del catéter.</li><li>13. Si es necesario un cultivo, envía la punta distal del catéter (1 cm), teniendo en cuenta las condiciones asépticas del procedimiento.</li><li>14. Comprime la zona con gasa estéril durante aproximadamente 3 minutos, hasta que cese el sangrado.</li><li>15. Cubre zona con gasa estéril y apósito adhesivo transparente.</li><li>16. Deja al paciente en posición cómoda.</li><li>17. Registra en formulario asignado según protocolo.</li></ol>			



Fecha: Agosto 2016

Código: GP 003/INSN-SB/UE.V.01

Página 8 de 8



500043



PERÚ

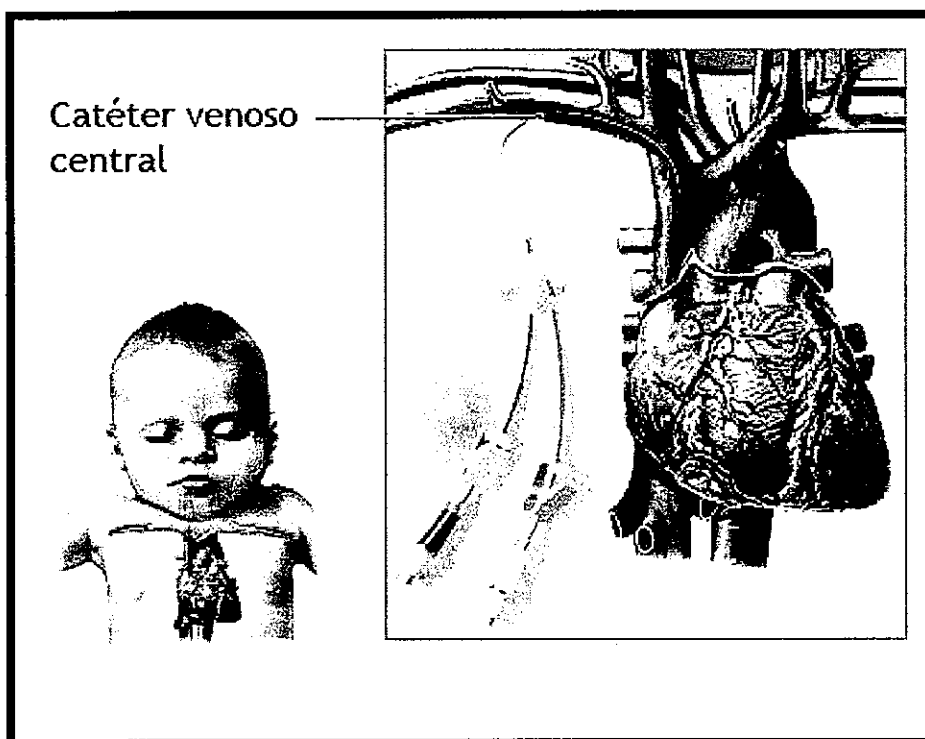
Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja

000043

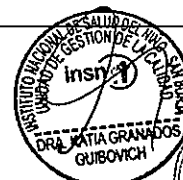
# GUIA DE PROCEDIMIENTO DE ENFERMERIA

## CURACION DE CATETER VENOSO CENTRAL

### UNIDAD DE ENFERMERIA



ELABORADO POR: UNIDAD DE ENFERMERÍA	REVISADO POR: UNIDAD DE ENFERMERIA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	APROBADO POR: DRA. ZULEMA TOMAS GONZALES Directora de Instituto Especializado del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja
--	---	--



Fecha: Agosto 2016

Código: GP 004/INSN-SB/UE.V.01

Página 1 de 14





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja

000044

## GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE ENFERMERIA CURACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

### CONTENIDO

I	NOMBRE Y CÓDIGO .....	3
II	DEFINICIÓN.....	3
III	INDICACIONES .....	3
IV	CONTRAINDICACIONES.....	3
V	REQUISITOS: CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	4
VI	RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR .....	4
VII	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO .....	5
VIII	LIMITACIÓN Y VALIDEZ DE LOS RESULTADOS.....	7
IX	COMPLICACIONES.....	7
X	AUTORES, FECHA Y LUGAR.....	8
XI	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	9
XII	ANEXOS .....	9



**I.- NOMBRE Y CÓDIGO**

Curación de Catéter Venoso Central con código 1587902

**II.- DEFINICIÓN**

▪ Definición del procedimiento.

El Cateterismo Venoso Central es un procedimiento quirúrgico que implica riesgos por lo que desde su colocación debe hacerse con estrictas medidas de asepsia. Una vez instalado al normar sus cuidados y mantenimiento se podrá disminuir la incidencia de infecciones y los costos generados por ellas. Al ser realizados por profesionales capacitados para este fin, se disminuirán las complicaciones que son más frecuentes en los neonatos.

La Curación Del Catéter Venoso Central es la aplicación de un antiséptico (clorhexidina) para la eliminación o inhibición del crecimiento de microorganismos del sitio de inserción, piel cercana y superficies externas del catéter.

▪ Aspectos epidemiológicos importantes.

Los catéteres venosos centrales (CVC) son indispensables en la práctica médica hoy en día como paso esencial para la utilización de gran variedad de técnicas de monitorización y tratamiento, facilitan el cuidado de los niños con enfermedades crónicas o graves; sin embargo, su uso se asocia con frecuencia con complicaciones infecciosas locales o sistémicas entre las cuales la infección del torrente sanguíneo es la más frecuente con consecuencias como hospitalización prolongada e incremento en morbilidad, mortalidad y costos.

**III.- INDICACIONES****INDICACIONES ABSOLUTAS.**

- Monitorización hemodinámica, medición de presión venosa central.
- Administración de nutrición parenteral total.
- Administración de sustancias irritantes o cáusticas, infusiones prolongadas de soluciones hipotónicas o hipertónicas.
- Infusión simultánea de medicamentos incompatibles a través de catéter de lumen múltiple.





- Gran cirugía gastrointestinal que implique ayunos prolongados postoperatorios, pérdida importante de fluidos y sangre en el intra-operatorio.
- Cirugía de pulmón o cirugía bronquial con potencial pérdida de gran cantidad de sangre.
- Cirugía de grandes vasos y cirugía cardíaca.
- Neurocirugía: resección de tumores, cirugía de fosa posterior y aneurisma intracerebral.
- Intervenciones urológicas: linfadenectomía por tumor testicular, nefrectomía radical, cirugía sobre glándulas suprarrenales, receptor de transplante renal.
- Grandes quemados.

#### IV.- CONTRAINDICACIONES

##### RELATIVAS

- Alteraciones de la coagulación: trombopenia, anticoagulación, CID.
- Lesiones cutáneas y/o sépticas en los posibles puntos de punción.
- Estado séptico no controlado.
- Historia previa de acceso vascular con producción de neumotórax, trombosis venosa profunda o infección de la vía.
- Paciente no colaborador.
- En paciente politraumatizados en los que se sospeche o haya conocimiento de lesión de subclavia, innominada o cava superior o fractura de escápula o clavícula.
- Anomalías anatómicas óseas, adenopatías cervicales o mediastínicas, tumores de tejidos blandos, cirugía torácica previa, trayecto venoso anómalo conocido, cirugía reconstructora del cuello.
- Neoplasia pulmonar o neumonía homolateral.

##### ABSOLUTAS

- Trombosis completa del sistema venoso profundo (ej síndrome de cava superior).
- Contraindicaciones para catéteres de larga duración:
- Fiebre nueva e inexplicable.
- Neutropenia absoluta
- Daños o situación clínica del paciente que no debe de efectuarse el procedimiento bajo ningún punto de vista.



**V.- REQUISITOS: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Procedimiento que el médico o profesional de salud (según el caso) debe informar al paciente y/o al familiar responsable de los riesgos y beneficios al efectuar el procedimiento en el paciente, debiendo el paciente registrar su aprobación o negación conforme a las normas vigentes.

En los pacientes en situación de emergencia se aplicara conforme a la Ley.

**VI.- RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR****6.1 EQUIPOS BIOMÉDICOS**

- Monitor multiparametros
- Incubadora o servocuna

**6.2 MATERIAL MÉDICO NO FUNGIBLE**

- Coche de curaciones
- Mesa de mayo
- Riñonera
- Equipo de curación estéril
- Contenedor para material biocontaminado y punzocortante

**6.3 MATERIAL MÉDICO FUNGIBLE**

- (2) Mascarillas
- (1) Mandilón estéril
- (2) campos estériles
- (2) gorro descartable
- (2pares) Guantes estériles
- (2) pares guantes limpios
- (2) Jeringas de 1, 5 y 10 centímetros
- (2) conector libre de aguja o Llave de tres vías.
- (2) paquetes de gasas
- (2) Apósito adhesivo 4 x 4
- (2) Solución antiséptica (clorhexidina 2% y 0.5%)
- Jabón antibacteriano.

**6.4 MEDICAMENTOS**

- (1) Agua destilada estéril.





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja

000048

**VII.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO****CUIDADOS DEL SITIO DE INSERCIÓN DEL CATETER VENOSO CENTRAL****CURACIÓN**

Realizar la primera curación a las 24 horas de la inserción y cubrir sólo con el apósito transparente, las curaciones posteriores cada 3-5 días o en caso que el apósito este humedecido, pliegues, suciedad o que se encuentre levantado. En pacientes, diaforéticos cambiar el apósito con mayor frecuencia según necesidad.

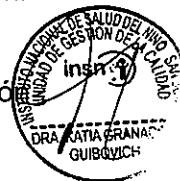
**ACCIONES**

1. Asegurar que todo el material necesario esté completo.
2. Colocación del gorro y la mascarilla y mandilón
3. Realizar lavado de manos con clorhexidina al 2% antes de realizar el procedimiento.
4. Colocar al neonato en una posición adecuada.
5. Colocación de guantes estériles.
6. Limpiar la zona sobre el apósito antes de retirarlo con clorexidina al 2% y agua estéril (2 veces)
7. Retirar el apósito que se dejó puesto en el momento de la inserción, empezando por los bordes y luego halando hacia arriba; tener la precaución de no tocar el sitio de inserción ni desplazar el catéter.
8. Lavado de manos, nuevamente, con cloroheixidina al 2%.
9. Colocación de los guantes estériles y colocación de campos estériles.
10. Inspección y palpación del sitio de inserción fijación del catéter en busca de signos de infección como enrojecimiento, calor, induración o secreción.
11. Utilizando una gasa estéril, limpiar la zona de inserción con agua estéril, limpiar hacia fuera con movimientos circulares. Desechar la gasa y repetir el proceso una segunda vez.
12. Siguiendo el mismo procedimiento, limpiar la misma zona con una gasa con solución antiséptica que puede ser: clorhexidina 0.5%. Dejar secar por 2 minutos. Luego cubrir con una gasa estéril.
13. Igualmente, limpiar el catéter con una solución antiséptica desde el sitio de inserción hasta el extremo distal del mismo.
14. Cambio de guantes.
15. Evitar palpar el sitio de inserción después de la desinfección.

Fecha: Agosto 2016

Código: GP 004/INSN-SB/UE.V.01

Página 6 de 14





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto de Gestión  
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño – San Borja



000049

16. Retirar el exceso de humedad con una gasa estéril con el fin de proteger la piel y permitir la adecuada adherencia del apósito transparente. Luego de colocado el apósito adhesivo transparente pasar una gasa seca por encima para facilitar una mejor adhesión.
17. Cambiar el apósito cada 24 horas si es de gasa o cada 72 horas si son apósitos transparentes o si es necesario cada vez que esté manchado, húmedo o despegado.
18. Proteger las entradas de los lúmenes del catéter venoso central con gasas estériles.
19. Registrar Nombre de la enfermera que realizó el procedimiento, fecha de limpieza del CVC y fecha de instalación del catéter y registrarlo en la hoja de enfermería.
20. Recoger el material y desechar el material punzante en el contenedor destinado para ello.
21. Dejar al paciente en una posición cómoda.
22. Observar diariamente los signos y síntomas asociados con infección local o sistémica.

#### **CUIDADOS DE LOS SISTEMAS DE ADMINISTRACION E INFUSIÓN:**

- **EN INFUSIÓN CONTINUA:**

1. Las conexiones para una nueva infusión deben manejarse con técnica estéril como previo lavado de manos y uso de guantes estériles.
2. Cubrir la zona con un apósito estéril. A continuación cambiar el equipo intravenoso, clampar la luz del equipo antes de proceder al cambio. Desclampar la luz y coloque el equipo nuevo regulando la frecuencia del flujo.
3. Debe mantenerse una vía exclusiva para el paso de NPT y evitar contaminar las otras vías con otro uso que no sea exclusivo para soluciones y transfusiones.
4. El cambio de los equipos de venoclisis y mezclas de infusión siempre y cuando permanezca cerrado, debe reemplazarse: cada 24 horas para NPT y cada 48 horas para otras mezclas, según sea el caso.
5. Los equipos de infusión para el paso de elementos sanguíneos deben desecharse y cambiarse después de su uso.
6. Cambiar llave de tres vías o bioconector posteriormente a la administración de Hemoderivados.
7. Envolver las conexiones en campos estériles.
8. Evitar en la medida de lo posible las desconexiones y limitar el uso de las llaves de 3 pasos.
9. Cambiar las llaves de triple vía cada 72 horas coincidiendo con el cambio del sistema de infusión o cuando esté con sangre.



Fecha: Agosto 2016

Código: GP 004/INSN-SB/UE.V.01

Página 7 de 14



PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja

000050

10. Las bolsas de infusión se deben cambiar cada 24 horas, de forma estéril.
11. Etiquetar los sistemas de infusión con la fecha del cambio e indicar la hora de comienzo de la infusión.
12. Retiro de guantes y lavado de manos.

• **EN CASO DE INFUSIÓN INTERMITENTE:**

1. Mantener técnica aséptica. Realizar lavado de manos estricto.
2. Verificar que la llave de tres vías tenga colocados los tapones de cierre, cuando no se esté usando la vía.
3. Antes de conectar jeringas, sistemas de sueros etc., se debe limpiar con antiséptico la entrada del bioconector o llave de triple vía. Comprobar cada 8 horas la permeabilidad de la vía venosa aspirando suavemente a través de la llave de tres vías hasta que salga sangre a la jeringa.
4. Si no refluye sangre, se intentará lavar suavemente el dispositivo con Suero Fisiológico / Solución de Heparina; si se encuentra resistencia no se debe insistir y se procederá a la retirada del catéter considerando que ha perdido la permeabilidad. No inyectar suero a presión cuando un catéter se encuentra presumiblemente obstruido, ya que puede provocar la salida de líquido a gran presión y ocasionar salpicaduras en piel, cara y ojos.
5. Realizar la administración de medicación o extracción de sangre.
6. Lavar con suero fisiológico antes y después de administrar medicación, y después de realizar una extracción sanguínea.
7. Sellar el dispositivo ejerciendo presión positiva.
8. Retirar los guantes y lavado de manos.
9. Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

## **VIII.- LIMITACIONES Y VALIDEZ DE RESULTADOS**

La validez de los resultados implica contar con los insumos, materiales y recursos solicitados como requisito en la presente guía, lo que garantizara la seguridad del procedimiento.



Fecha: Agosto 2016

Código: GP 004/INSN-SB/UE.V.01

Página 8 de 14



## IX.- COMPLICACIONES

700051

- Infección
- Sepsis.

## X.- AUTORES, FECHA Y LUGAR

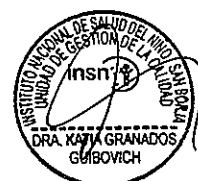
Unidad de Enfermería – Agosto 2016

Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja- Agosto 2016

Vigencia de la Guía de Procedimientos – 02 años a partir de su aprobación con Resolución Directoral.

## XI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cloherty , Stark. Manual de Cuidados Neonatales. 3era Edición 2006 .Editorial Masson
2. Tamez, Silva. Enfermería en la Unidad de Cuidados Intesivos Neonatal.2006 Asistencia al recién nacido de alto riesgo. 3era Edición. Editorial Medica Panamericana
3. Echavarría HR. Guía de manejo de urgencias. Catéteres venosos centrales. Ministerio de SaludFEPAFEM. Bogotá, 1996. 6. Echeverri de Pimiento S. Control de la cateterización venosa central en la Fundación Santa Fe de Bogotá. De seguimiento asistencial a indicador de gestión. Medicina 2002; 24:169-187
4. Pimiento S, Escallón J, Celis E, et al. Accesos venosos centrales en pacientes con trauma múltiple. Panam J Trauma 1995; 6:26-33.



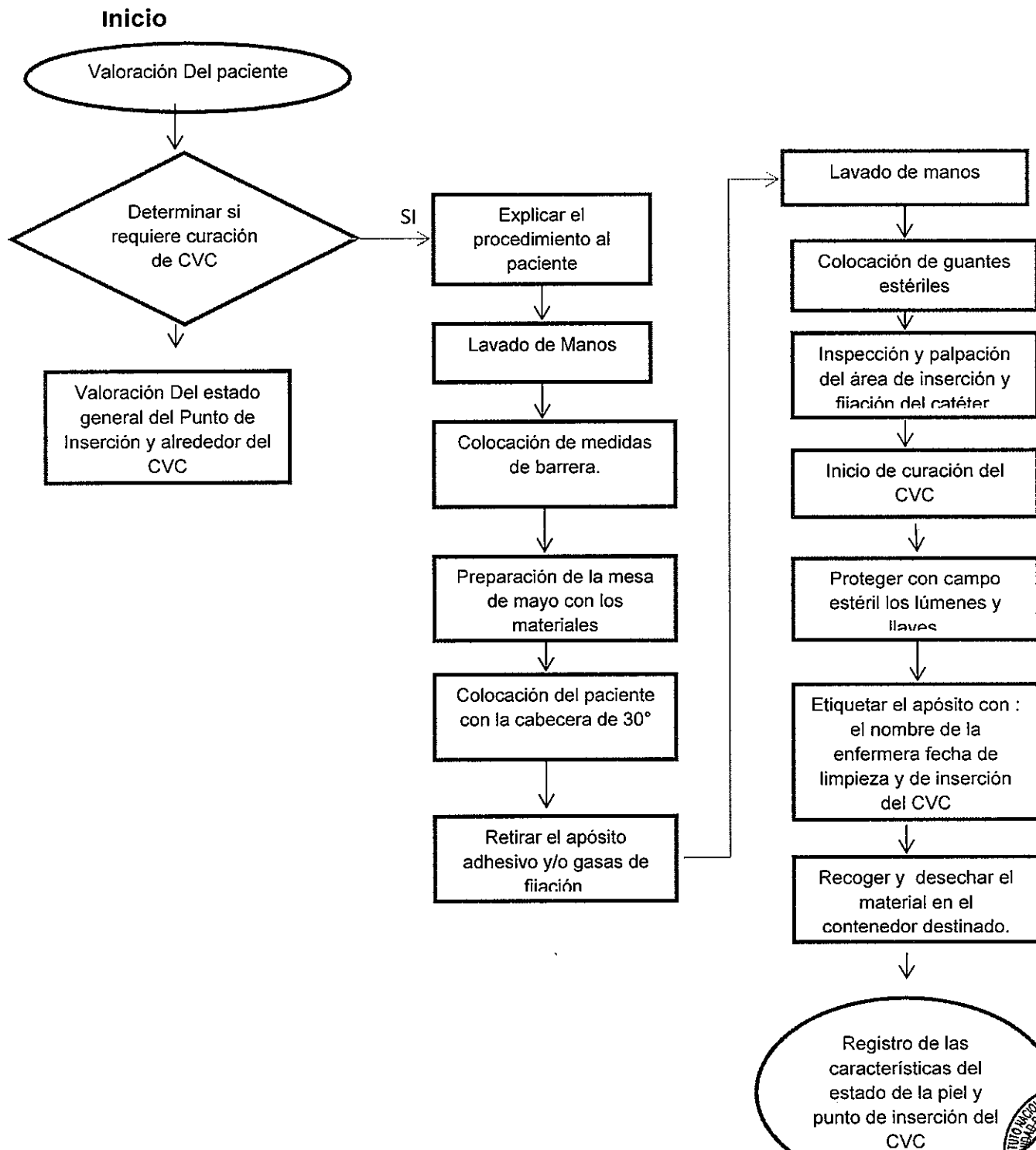




## XII.- ANEXOS

000052

### FLUXOGRAMA:





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de SaludInstituto Nacional  
de Salud del Niño - San Borja

000053

## LISTA DE CHEQUEO

## CUIDADOS Y MANTENIMIENTO DE CATETER VENOSO CENTRAL

ITEMS DE EVALUACION	SI	NO	OBSERVACION
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explica al paciente el procedimiento, si está consiente.</li> <li>• Coloca el coche de curación con todo el material preparado al lado del paciente.</li> <li>• Lavado de manos y colocación de guantes no estériles y demás medidas de barrera. ( mascarilla, gorro, mandilón estéril)</li> <li>• Retira el apósito adhesivo y/o gasas de fijación.</li> <li>• Observa la zona con el fin de detectar inflamación, drenaje u otros signos de infección, obtenga una muestra con un hisopo para cultivo si presenta signos de infección.</li> <li>• Se calza los guantes estériles, utilizando técnica aséptica.</li> <li>• Aplica una gasa estéril impregnada con clorhexidina al 2% y deja actuar por un 1 minuto en la zona de inserción y alrededor de la piel</li> <li>• Limpia con movimientos circulares de adentro hacia fuera, desecha y aclara con agua estéril repitiendo dos veces; la tercera no se aclara solo se impregna con clorhexidina al 2% y se procede a secar con gasas estériles el exceso de humedad.</li> <li>• Evita palpar el sitio de inserción después de la desinfección.</li> <li>• Coloca el apósito transparente sin que queden bolsa o túneles de aire que comuniquen el punto de inserción con el medio externo.</li> <li>• En caso de sangrado, exudado cubre con gasa y fijar apósito adhesivo</li> <li>• Limpia la extensión del catéter con una solución antiséptica con clorhexidina al 2% o alcohol al 70% desde la zona proximal en forma rotativa con una gasa hasta zona distal.</li> <li>• Protege Los lúmenes y llaves con campos estériles.</li> <li>• Rotular con tela adhesiva (Nombre de la enfermera que realizó el procedimiento, fecha de limpieza e instalación del CVC).</li> <li>• Recoge y desecha el material en el contenedor.</li> <li>• Deja al paciente en una posición cómoda.</li> <li>• Retirar los guantes, mascarilla, mandilón.</li> <li>• Realizar lavado de manos.</li> <li>• Registra el procedimiento en la hoja de enfermería.</li> </ul>			





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño - INSNB

000054

**FICHA DE MONITOREO CATETER VENOSO CENTRAL****I) DATOS DEL PACIENTE**

- Nombre y apellidos : .....
- Sexo: F ( ) M ( )
- edad .....
- Fecha de nacimiento: .....
- Fecha y hora de ingreso a UCI:.....
- Peso :.....
- DX Medico: .....

**II) PROCEDIMIENTO**

- Fecha y hora de inserción de catéter Venoso Central: .....
- Sitio de Inserción del Catéter Venoso Central: .....
- N° de lumen de Catéter:.....
- Ubicación del catéter: .....

**III) RESPONSABLE**

- Médico Responsable del procedimiento:.....

**IV) TIPO DE SOLUCIÓN A INFUNDIR:**

.....

.....

.....

**V) CUIDADOS DE ZONA INSERCIÓN:**

- Estado de zona de inserción:
  - a) Enrojecimiento ( )
  - b) Sensibilidad ( )
  - c) Dolor ( )
  - d) Edema ( )
  - e) Flebitis ( )
  - f) Otros ( )





- Curación del catéter:

000055

Fecha	Hora	Responsable	Observación

## VI) TÉRMINO DEL USO DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL

- Fecha y hora de retiro:.....
- Causa del retiro:
  - a) Flebitis ( )
  - b) Extravasación ( )
  - c) Obstrucción ( )
  - d) No requiere ( )
  - e) Otros ( )
- Días de duración de catéter venosos central: .....
- Cultivo de Punta de Catéter:  
SI ( ) NO ( )
- Resultados de la Punta de Catéter:.....





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto de Gestión  
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja

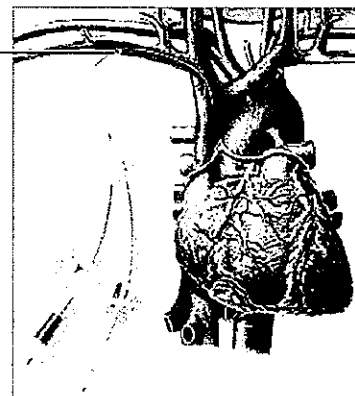


## IMÁGENES

000056



Catéter venoso  
central



Manipulación de  
llaves y conectores







000057

# GUIA DE PROCEDIMIENTO DE ENFERMERIA

## ASPIRACIÓN DE SECRECIONES

### UNIDAD DE ENFERMERIA



<p><b>ELABORADO POR:</b> UNIDAD DE ENFERMERÍA</p>	<p><b>REVISADO POR:</b> UNIDAD DE ENFERMERIA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD</p>	<p><b>APROBADO POR:</b> <b>DRA. ZULEMA TOMAS GONZALES</b> Directora de Instituto Especializado del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja</p>
---	--	---



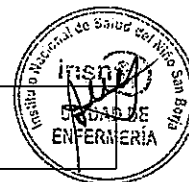


000058

## GUIA DE PROCEDIMIENTO DE ENFERMERIA ASPIRACION DE SECRECIONES

### CONTENIDO

I	NOMBRE Y CÓDIGO .....	3
II	DEFINICIÓN.....	3
III	INDICACIONES .....	3
IV	CONTRAINDICACIONES.....	3
V	REQUISITOS: CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	4
VI	RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR .....	4
VII	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO .....	5
VIII	LIMITACIÓN Y VALIDEZ DE LOS RESULTADOS.....	7
IX	COMPLICACIONES.....	7
X	AUTORES, FECHA Y LUGAR.....	8
XI	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	9
XII	ANEXOS .....	9







## I.- NOMBRE Y CÓDIGO

Guía de Procedimiento de Enfermería en Aspiración de Secreciones con código 3172001

## II.- DEFINICIÓN

**Definición del procedimiento:** La aspiración de secreciones es un procedimiento que consiste en la extracción de secreciones traqueo bronquial que ocasiona una obstrucción de las vías respiratorias y por ende del proceso de ventilación. Para la aspiración de secreciones endotraqueales se identifican dos tipos aspiración de secreciones de sistema abierto y cerrado; que son procedimientos indicados en el servicio de UCI de cualquier especialidad por su manejo de pacientes portadores de TET.

- **Aspiración de secreciones con sistema abierto**

Es la extracción de las secreciones acumuladas en tracto respiratorio superior, por medio de succión y a través del tubo endotraqueal.

- **Aspiración de secreciones con sistema cerrado**

Procedimiento que se efectúa con frecuencia en los servicios de UCI para retirar secreciones evitando la desconexión del ventilador mecánico.

## III.- INDICACIONES

**INDICACIONES ABSOLUTAS.-** Todo paciente sometido a ventilación mecánica, PEEP elevada 10cm H<sub>2</sub>O, Atelectasia. No se deben realizar aspiraciones innecesarias, Por ello previamente realizaremos una valoración, buscando:

- Secreciones visibles en el TET.
- Sonidos respiratorios tubulares, gorgoteantes.
- Crepitantes a la auscultación.
- Aumento de presiones pico.
- Caída del volumen minuto.
- Caída de la saturación de oxígeno y aumento de la presión del CO<sub>2</sub>.

**INDICACIONES RELATIVAS.-** Aquellos pacientes que serán extubados, presentan sialorrea y abundante producción de secreciones oro faríngeas.





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja

000060

**IV.- CONTRAINDICACIONES**

- Trastornos hemorrágicos (coagulación intravascular diseminada, trombocitopenia, leucemia).
- Cirugía traqueal (depende la indicación del cirujano).
- Cirugía gástrica con anastomosis alta (depende la indicación del cirujano).
- Infarto al miocardio.
- Lesiones traumáticas de la mucosa traqueal.
- Hipoxemia.
- Atelectasias.
- Reacciones vágales.
- Entubación accidental.

**V.- REQUISITOS: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Antes de realizar el procedimiento el médico explicará a la madre o familiar responsable de los riesgos y beneficios al efectuar el procedimiento en el paciente, debiendo registrar su aprobación o negación conforme a las normas vigentes.

**VI.- RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR****Equipos Biomédicos**

- |   |           |
|---|-----------|
| • Equipo de Aspiración  | 01 Unidad |
| • Bolsa de reanimación manual c/reservorio conectado a fuente de O2 | 01 Unidad |
| • Estetoscopio  | 01 Unidad |

**Material médico no Fungible**

- |                        |           |
|------------------------|-----------|
| • Frasco de aspiración | 01 Unidad |
|------------------------|-----------|

**Material médico Fungible**

- |  |             |
|--|-------------|
| • Envase para agua estéril                                       | 01 Unidad   |
| • Tubo no conductivo   | 01 Unidad   |
| • Sondas de aspiración 6-10 Fr.(en aspiración x sistema abierto) | 02 Unidades |
| • Sistema de aspiración de circuito cerrado 6-10 Fr              | 01 Unidad   |
| • Guantes estériles 6 ½ - 7                                      | 02 Unidades |
| • Gasas estériles 5x5 cm.  | 01 Unidad   |
| • Mascarilla   | 02 Unidades |





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja

- Gafas de protección
- Batas desechables
- Gorros
- Agua biodestilada

02 Unidades 300061  
02 Unidades  
02 Unidades  
01 Unidad

## VII.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

### ASPIRACIÓN DE SECRECIONES CON SISTEMA ABIERTO

#### PROCEDIMIENTO

1. Previamente el paciente debe de estar monitorizado.
2. Comprobar el funcionamiento del aspirador y regular la presión de succión de acuerdo a tabla establecida.
3. Mantener la bolsa de reanimación manual cerca del paciente y conectado a la fuente de oxígeno a 10 litros por minuto
4. La técnica se realiza con la participación de dos profesionales, el enfermero que va a realizar la técnica se colocara guante estéril en la mano diestra, la mano no diestra es con la que maneja el control de succión.
5. El enfermero ayudante, preparara el material necesario: Jeringa de 1 y 2 ml, con suero al 0.9%. Sondas de calibre adecuado.
6. El ayudante desconectara el tubo endotraqueal del tubo de ventilación.
7. Es aconsejable hiperoxigenar 30 segundos antes de introducir la sonda de succión, hiperoxigenar al 50% más de lo pautado. Ejemplo pautado 0.4 FIO2 incrementar 0.8% de FIO2. Bajar la hiperoxigenación al minuto o a los tres minutos de terminar la aspiración retornar al FIO2 pautado.
8. Introducir la sonda de aspiración a la distancia establecida en el cuadro adjunto. No introducir la sonda más allá de la distancia para evitar complicaciones.
9. En caso de secreciones muy densas se instilara suero salino al 0.9% de 0.1 a 0.2 ml por kilo de peso.
10. El tiempo de succión no debe de exceder de 10 segundos.
11. Dejar al menos un minuto de descanso entre aspiración y aspiración.
12. En caso que la saturación no suba hasta el 90% se debe de hiperventilar con la bolsa resucitadora por lo menos de 2 a 3 minutos, hasta conseguir la saturación por encima de 90%. (a excepción de los pacientes cardíopatas o con patología pulmonar)
13. Auscultar ambos campos pulmonares y observar al paciente.





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto de Gestión  
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja



000062

14. Previo al procedimiento realizar el lavado de manos, la colocación de barreras protectoras: Gorro, mascarilla, lentes. guantes de examen y guantes estériles.
15. Registrar el procedimiento.

### ASPIRACIÓN DE SECRECIONES CON SISTEMA CERRADO

#### PROCEDIMIENTO

1. Verificar el funcionamiento del equipo que esté listo para su uso con una Presión 50-100mmHg.
2. Preparar la bolsa de reanimación manual y conectarlo a la fuente de 10 lts. aprox.
3. Lavado de manos
4. Colocarse la mascarilla, gafas y los guantes estériles.
5. Hiperventilar al paciente con FiO2 100%.
6. Girar la válvula de control hasta la posición de abierto.
7. Encender la succión e introducir la sonda de aspiración (6-10 french) a través del TET hasta encontrar una resistencia y luego retirarla girando con suavidad.
8. Aspirar presionando la válvula de aspiración y retirar suavemente el catéter.
9. Intercalar el sistema entre el TET y la conexión al respirador, la aspiración no debe durar más de 10 segundos.
10. Girar la válvula de control hasta la posición de cerrado.
11. Presionar la válvula de aspiración y lavar el catéter esté limpio. Colocar la etiqueta identificativa para indicar cuando se debe cambiar el sistema, (el sistema dura 24 horas).
12. Valorar las características de las secreciones (color, cantidad, consistencia).
13. Retirar los guantes.
14. Dejar cómodo al paciente y Realizar notas de enfermería.
15. Transcurrido un minuto tras la aspiración, ajustar la FiO2 al valor inicial preestablecido.





000063

## VIII.- LIMITACIONES Y VALIDEZ DE RESULTADOS

La validez de los resultados implica contar con los insumos, materiales y recursos solicitados como requisito en la presente guía, lo que garantizara la seguridad del procedimiento.

## IX.- COMPLICACIONES

- Lesiones traumáticas de la mucosa traqueal.
- Hipoxemia.
- Arritmias cardiacas.
- Atelectasias.
- Bronco aspiración.
- Reacciones vagales.
- Broncoespasmo.
- Extubación accidental.

## X.- AUTORES. FECHA Y LUGAR

Unidad de Enfermería – Agosto 2016

Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja- Agosto 2016

Vigencia de la Guía de Procedimientos – 02 años a partir de su aprobación con Resolución Directoral.





000064

## XI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. [http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4\\_2\\_2.htm](http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_2_2.htm)
2. <http://www.enferurg.com/tecnicas/aspiracionsecreciones.htm>
3. <http://www.slideshare.net/licverauti/aspiracion-de-secreciones-en-circuito-cerrado>
4. RESOLUCION DIRECTORIAL N°823-2012-INSN-DG. Noviembre, 2012.
5. Enfermería en la Unidad de cuidados intensivos neonatal – Asistencia del Recién Nacido en alto riesgo. Tamez-Silva
6. EDICION SERVICIO NEONATOLOGIA HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE. Noviembre 2001.





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja

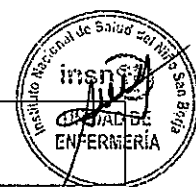
500065

**XII.- ANEXOS****NUMERO DE SONDA DE ASPIRACION SEGÚN GRUPO ETARIO**

EDAD DEL PACIENTE	FRENCH
Neonato, prematuro	6
Lactante	8
preescolar	10

**PRESION DEL ASPIRADOR SEGÚN GRUPO ETAREO**

	Fijos	Portátiles
<b>Adultos</b>	80 – 120mmHg	10 - 15mmHg
<b>Niños</b>	95 – 110mmHg	5 - 10mmHg
<b>Neonatos</b>	50 - 95mmHg	2 - 5mmHg
Ejercer presión excesiva puede ocasionar traumatismos de la membrana mucosa, hemorragia y extraer tejidos		





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

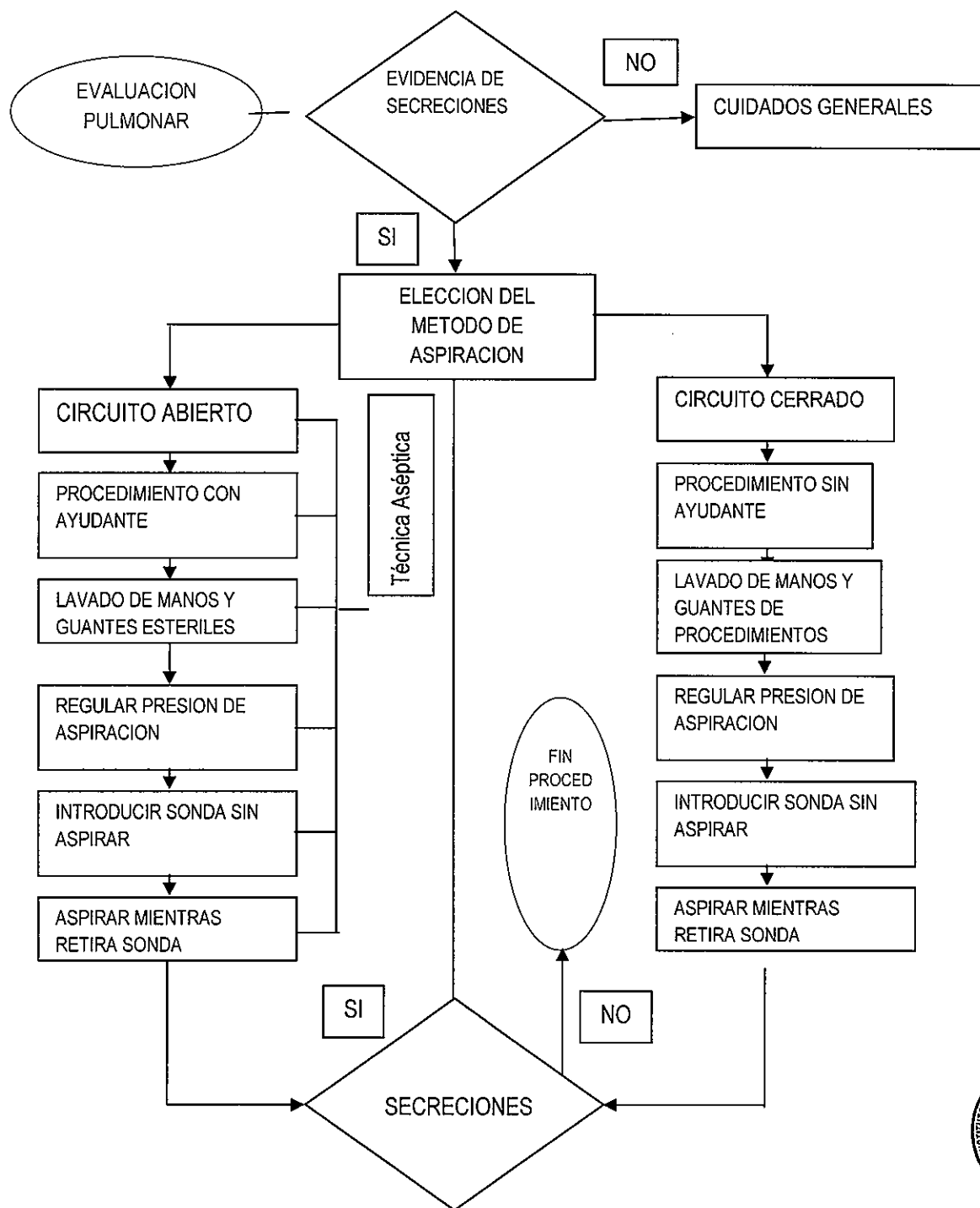
Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja



000066

## FLUXOGRAMA

INICIO



FIN

Fecha: Agosto 2016

Código: GP 005/INSN-SB/UE.V.01

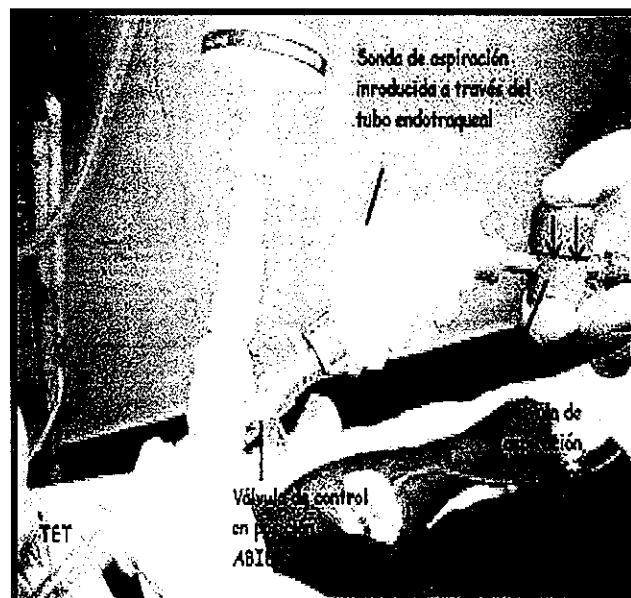
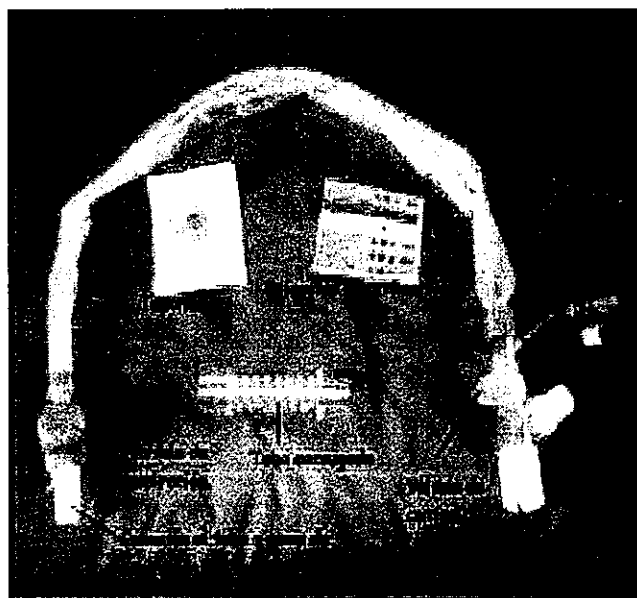
Página 10 de 11







000067







PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto de Gestión  
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja



000068

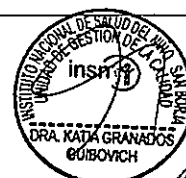
## GUIA DE PROCEDIMIENTO DE ENFERMERIA

### GLUCOSA EN SANGRE, TIRA REACTIVA

#### UNIDAD DE ENFERMERIA



<b>ELABORADO POR:</b> UNIDAD DE ENFERMERÍA	<b>REVISADO POR:</b> UNIDAD DE ENFERMERIA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	<b>APROBADO POR:</b> <b>DRA. ZULEMA TOMAS GONZALES</b> Directora de Instituto Especializado del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja
---	--	--



Fecha: Agosto 2016	Código: GP 006/INSN-SB/UE.V.01	Página 1 de 9
--------------------	--------------------------------	---------------





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño – San Borja

000069

## Guía de Procedimiento: Glucosa En Sangre, Tira Reactiva

### CONTENIDO

I	NOMBRE Y CÓDIGO.....	3
II	DEFINICIÓN.....	3
III	INDICACIONES.....	3
IV	CONTRAINDICACIONES.....	3
V	REQUISITOS: CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	4
VI	RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR .....	4
VII	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO .....	5
VIII	LIMITACIÓN Y VALIDEZ DE LOS RESULTADOS.....	7
IX	COMPLICACIONES.....	7
X	AUTORES, FECHA Y LUGAR.....	8
XI	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	9
XII	ANEXOS .....	9





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja

000070

**I.- NOMBRE Y CÓDIGO**

Guía de Procedimiento de Enfermería para la Glucosa, en sangre, tira reactiva (Toma de Hemoglucotes) 82948

**II.- DEFINICIÓN**

Es un procedimiento de enfermería que consiste en tomar una muestra sanguínea capilar del talón con cintas reactivas para la medición de glucosa en el recién nacido.

**III.- INDICACIONES**

- R.N. de bajo peso (menor de 2500 gr.)
- R.N. pre termino y post termino.
- R.N. pequeño para edad gestacional PEG, grande para edad gestacional GEG y/o macrosónico.
- R.N. con enfermedad hemolítica
- R.N. con depresión, sufrimiento fetal, síndrome de dificultad respiratoria SDR
- R.N. con hipotermia, sepsis, exangineotransfusión, policitemia.
- R.N. recién nacido con hiperbilirrubinemia y que se encuentra en fototerapia
- R.N. en nada por vía oral NPO, nutrición parenteral NPT.
- Con factores de riesgo materno (diabetes, toxemia).

**IV.- CONTRAINDICACIONES**

No aplica

**V.- REQUISITOS: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

No amerita.

**VI.- RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR****6.1.- Equipos Biomédicos**

- Glucómetro 01 Unidad

**6.2.- Material médico no Fungible**

- Cubeta 01 Unidad





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja

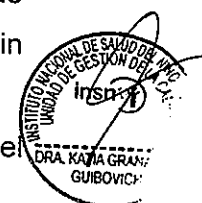
000071

## 6.3.- Material médico Fungible

- Cinta de hemoglucotest. 01 Unidad
- Lanceta estéril de 2mm - 3 mm. 01 Unidad
- Torunda de Algodón estéril. 02 Unidad
- Guantes N° 7. 01 Unidad
- Esparadrapo
- Alcohol al 70%.

**VII.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

- Lávese las manos con agua y jabón.
- Identificar al recién nacido.
- Verificar el material y colocarlo cerca del recién nacido.
- Colocar al recién nacido en decúbito lateral; elegir la zona vascularizada para punción (tercio externo lateral de la superficie plantar el talón).
- Si fuera necesario se deberá de calentar el pie del recién nacido con una compresa tibia por el espacio de 3 minutos.
- Cargar el lancetero con lanceta estéril de 2mm - 3mm.
- Cálcese los guantes estériles según técnica.
- Limpiar el sitio de punción con una torunda de algodón con alcohol al 70%, de adentro hacia fuera, dejar secar y limpiar nuevamente.
- Verificar el código del contenedor de la cinta que sea el mismo de la máquina, colocar la cinta del reactivo el glucómetro y esperar que este pida la gota.
- Localice la zona de la punción (tercio externo lateral de la superficie plantar el talón), rodee el talón con la palma de la manos entre el dedo índice y el dedo pulgar.
- Haga una punción rápida y perpendicular (90°) a la piel del recién nacido con una lanceta estéril.
- Mantener la extremidad del recién nacido más baja durante la extracción de la sangre y permita que la sangre fluya libremente a través de la incisión, sin necesidad de compresión.
- Coloque la gota gruesa de sangre sobre la cinta de hemoglucotest cuando el glucómetro este pidiendo la gota.



Fecha: Agosto 2016

Código: GP 006/INSN-SB/UE.V.01

Página 4 de 9



- Presione la zona de punción con un algodón seco y permita la hemostasia, fijándola con un esparadrapo pequeño.
- Leer el resultado y anotarlo en el registro de enfermería con la fecha y hora respectiva del procedimiento.

000072

### VIII.- LIMITACIONES Y VALIDEZ DE RESULTADOS

La validez de los resultados implica contar con los insumos, materiales y recursos solicitados como requisito en la presente guía lo que garantizara la seguridad del procedimiento.

### IX.- COMPLICACIONES

- Lecturas erróneas
- Osteomilitis
- Hematomas

### X.- AUTORES. FECHA Y LUGAR

Unidad de Enfermería – Agosto 2016

Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja- Agosto 2016

Vigencia de la Guía de Procedimientos – 02 años a partir de su aprobación con Resolución Directoral.





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto de Gestión  
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja



000073

## XI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

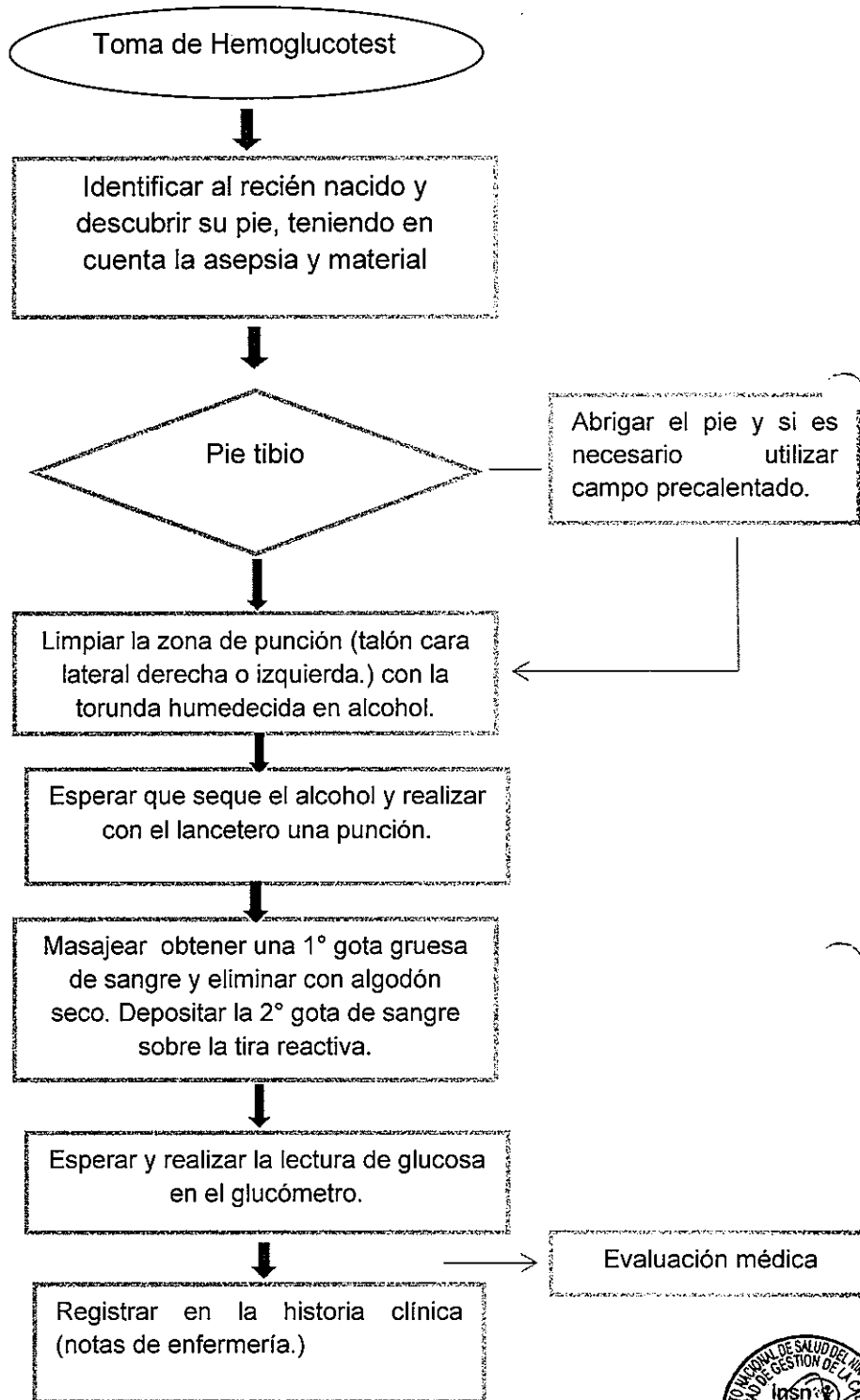
1. Cloherty S. Manual de Cuidados Neonatales. Ed. Masson. 3ª ed. Barcelona 2006.
2. Tamez S. Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal: Asistencia al recién nacido de alto riesgo. 3ª ed. Rio de Janeiro 2006.
3. Trastornos metabólicos del recién nacido [Internet].
  - a. Argentina: Unidad Docente de la Unidad Perinatal Esperanza, Sanatorio Francés; 2003
  - b. [ consultado el 30 de Julio del 2015].Disponible en:  
[www.clinicapediatria.fcm.unc.edu.ar/.../monografia%20-](http://www.clinicapediatria.fcm.unc.edu.ar/.../monografia%20-)
4. Guía de procedimiento de control de glicemia en recién nacidos [Internet] Trujillo: Hospital Belén de Trujillo;
  - a. [ consultado el 30 de julio del 2015].Disponible en:
  - b. <http://www.slideshare.net/superarenita/gua-de-procedimiento>.





**XII.- ANEXOS****FLUXOGRAMA DE MEDICIÓN DE GLUCOSA EN EL NEONATO**

INICIO



FIN





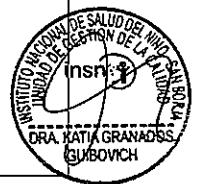
PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja

000075

## LISTA DE CHEQUEO DE TOMA DE HEMOGLUCOTEST EN RECIEN NACIDOS

ITEMS DE EVALUACION	SI	NO	OBSERVACIONES
<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuenta con el equipo y material necesario.</li> <li>Realiza el lavado de manos correctamente antes del procedimiento.</li> <li>Usa barreras de protección el operador.</li> <li>Se calza guantes estériles según técnica correcta.</li> <li>Localiza la zona de la punción (tercio externo lateral de la superficie plantar el talón).</li> <li>Hace una punción rápida y perpendicular (90°) a la piel del recién nacido con una lanceta estéril.</li> <li>Coloca la gota gruesa de sangre sobre la cinta de hemoglucotest cuando el glucómetro este pidiendo la gota.</li> <li>Terminado el procedimiento Presiona la zona de punción con un algodón seco y fija con un esparadrapo pequeño.</li> <li>Descarta la lanceta en el receptáculos para punzocortantes</li> <li>Retira el material restante</li> <li>Realiza lavado de manos al terminar el procedimiento</li> <li>Lee el resultado y anota en el registro de enfermería con la fecha y hora respectiva del procedimiento.</li> </ul>			



Fecha: Agosto 2016

Código: GP 006/INSN-SB/UE.V.01

Página 8 de 9





PERÚ

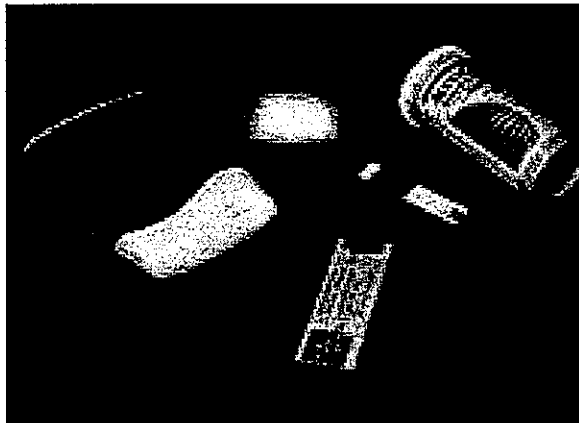
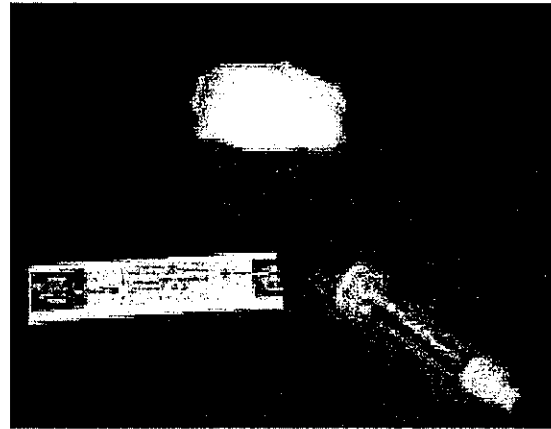
Ministerio  
de Salud

Instituto de Gestión  
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja



000076



Fecha: Agosto 2016

Código: GP 006/INSN-SB/UE.V.01

Página 9 de 9





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto de Gestión  
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño  
San Borja



000077

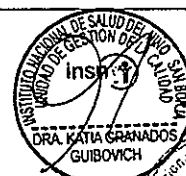
## GUIA DE PROCEDIMIENTO DE ENFERMERIA

### NUTRICIÓN PARENTERAL POR DIA

#### UNIDAD DE ENFERMERIA



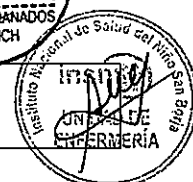
<b>ELABORADO POR:</b> UNIDAD DE ENFERMERÍA	<b>REVISADO POR:</b> UNIDAD DE ENFERMERIA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	<b>APROBADO POR:</b> <b>DRA. ZULEMA TOMAS GONZALES</b> Directora de Instituto Especializado del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja
---	--	--



Fecha: Agosto 2016

Código: GP 007/INSN-SB/UE.V.01

Página 1 de 10





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño - INSN

000078

**Guía de Procedimiento: Nutrición Parenteral Por Día****CONTENIDO**

I	NOMBRE Y CÓDIGO .....	3
II	DEFINICIÓN.....	3
III	INDICACIONES.....	3
IV	CONTRAINDICACIONES.....	3
V	REQUISITOS: CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	4
VI	RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR .....	4
VII	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO .....	5
VIII	LIMITACIÓN Y VALIDEZ DE LOS RESULTADOS.....	7
IX	COMPLICACIONES.....	7
X	AUTORES, FECHA Y LUGAR.....	8
XI	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	9
XII	ANEXOS .....	9





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de SaludREGISTRO NACIONAL DE SALUD  
del Niño - San Borja

000079

**I.- NOMBRE Y CÓDIGO**

Guía de Enfermería para la Nutrición Parenteral por día con código 99562

**II.- DEFINICIÓN****NUTRICION PARENTERAL (NP)**

La nutrición parenteral es una modalidad de soporte nutricional que forma parte del proceso de Soporte Nutricional Especializado (SNE) que es una solución compuesta de nutrientes infundido a través de una vía intravenosa que no pasa por el tracto gastrointestinal. La determinación de la ruta más apropiada, ya sea vía central o vía periférica es determinada por el riesgo nutricional del paciente, el diagnóstico clínico, la condición clínica del paciente y la duración de la terapia nutricional parenteral.

La alimentación parenteral es una técnica de soporte nutricional artificial cuyo objetivo es mantener el estado nutricional correcto del paciente cuando la vía enteral es inadecuada o insuficiente. Es importante contar con un equipo de profesionales especializados que aseguren las condiciones de preparación, la estabilidad de la mezcla y minimicen el riesgo de contaminación

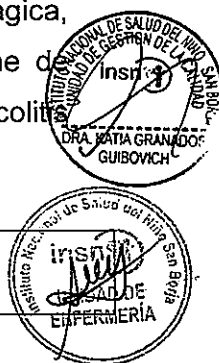
**VIAS DE ADMINISTRACIÓN DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL (NP)**

La nutrición parenteral se subdivide en dos categorías:

- En la Nutrición Parenteral Parcial (NPP) o Nutrición Parenteral Periférica, la concentración de dextrosa es menor para proporcionar una fórmula que sea menos hiperosmolar, (osmolaridad 900 mOsm/l) para evitar la trombosis venosa.
- En la Nutrición Parenteral Total (NPT) o Nutrición Parenteral Central también se menciona a esta terapéutica como hiperalimentación.

**III.-INDICACIONES****INDICACIONES ABSOLUTAS:**

- Prematurez extrema.
- NPO por más de 3 días
- Anomalías congénitas o adquiridas del tracto gastrointestinal: Atresia esofágica, Atresia intestinal, Malformación ano-rectal, Gastrosquisis-onfalocele, Síndrome de intestino corto, Ileostomía de alto gasto, Íleo meconial, Íleo paralítico, Enterocolitis necrotizante, Peritonitis meconial primaria o secundaria.





- Enfermedad cardiorrespiratoria: Apnea recurrente, Neonatos con asistencia ventilatoria, Cardiopatía congénita (PCA), Enfermedad de membrana hialina.
- Estados hipermetabólicos: Preoperatorio de cirugía mayor electiva con desnutrición asociada o que requiere reposo intestinal previo, Postoperatorio con imposibilidad de emplear la vía enteral por un período mayor de 3 días. Sepsis.

**INDICACIONES RELATIVAS:**

- Pacientes sin desnutrición, pero en el que se espera no recibir ninguna clase de soporte nutricional durante al menos 7 o 10 días.
- Quilotórax congénito.

**IV.- CONTRAINDICACIONES**

1. Acidosis metabólica severa y/o retención de CO<sub>2</sub> mientras se corrige.
2. Choque de cualquier etiología.
3. Hiperbilirrubinemia severa. Si la bilirrubina indirecta es más de 50% de las cifras en las que se practicaría exanguinotransfusión, contraindica sólo los lípidos. En la hiperbilirrubinemia directa se debe disminuir de forma drástica las proteínas (máximo 1 g/kg/día), como también los aportes muy altos de glucosa.
4. Insuficiencia renal aguda (modificar según requerimientos).
5. Hiperglucemia severa mientras esta se corrige.
6. La NP no está indicada en neonatos con función gastrointestinal adecuada que pueden recibir la nutrición enteral por vía oral, sonda o gastronomía o en aquellos que la recibirán por menos de tres días.

**V.- REQUISITOS: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Antes de realizar el procedimiento el médico explicara a la madre o familiar responsable de los riesgos y beneficios al efectuar el procedimiento en el paciente, debiendo registrar su aprobación o negación conforme a las normas vigentes.

**VI.- RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR****Equipos Biomédicos:**

- 2 Bomba de infusión

**Material médico no Fungible:**

- 1 Tijera recta estéril.







- 1 Mesa de mayo

**Material médico Fungible:**

- 1 Gorro y mascarilla (no estériles)
- 1 Mandilón y guantes estériles
- 3 campos estériles
- 3 - 4 sobres de gasas estériles.
- 2 Líneas de infusión según corresponda.
- 1 Filtro de 1.2 micras o de 0.22, según corresponda
- 2 Bolsa de alimentación parenteral
- 1 Solución antiséptica jabonosa (clorexidina al 2%)
- 1 Solución de antiséptica (alcohol 70%)
- 1 Tela adhesiva hipo alérgica

**VII.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO****PREPARACIÓN DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL**

- Retirar la bolsa de la heladera entre 20 y 30 minutos antes de efectuar la conexión (lograr temperatura ambiental).
- Antes de conectar una bolsa de NP se debe VERIFICAR en el rotulo: Nombre y Apellido del paciente, Fecha de elaboración y vencimiento del contenido de la bolsa. Integridad de la bolsa (nunca administrar una bolsa de NP visiblemente deteriorada).
- Verificar si hubo desplazamiento del catéter. En caso afirmativo, NO conectar la bolsa de NP y dar aviso al médico a cargo.
- Verificar el contenido de la bolsa: en aminoácidos observar la presencia de precipitados o turbidez. En lípidos observar si existe una capa de crema en la superficie de la mezcla o si hay grumos o si se visualiza una capa o glóbulos de aceite. En cualquiera de los casos anteriores, NO administrar los contenidos y consultar inmediatamente al médico responsable.
- Preparar todos los elementos necesarios para la conexión.
- Es imprescindible el lavado de manos con solución antiséptica antes de realizar cualquier procedimiento relacionado con la NP: conexión, desconexión y curación del catéter.





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto de Gestión  
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño y la Adolescencia



000082

## DURANTE LA EJECUCION

### Enfermera asistente:

- Lavado de manos con solución jabonosa, colocarse el gorro y mascarilla.
- Limpiar el área de trabajo (mesa de mayo) con un paño humedecido con alcohol al 70% o solución desinfectante de superficies.
- Colocar todos los elementos a utilizar en el área limpia, evitando todo tipo de contaminación.
- Lavado de manos (dos) con solución de clorhexidina al 2%.
- Retirar la gasa del extremo distal del catéter sin tocarlo.
- Abrir los envases de todos los elementos a utilizar (set de bomba, filtro, conectores, gasas con solución antiséptica y gasas secas) y colocarlos (manteniendo la esterilidad) sobre el campo estéril.
- Cubrir con campos las bolsas de NP.
- Programar el volumen y velocidad de infusión.

### Enfermera operante:

- Colocarse el gorro y mascarilla.
- Realizar lavado de manos con solución de clorhexidina al 2%.
- Colocarse un mandil estéril y guantes estériles.
- Tomar uno de los campos estériles por un extremo y desplegarlo sobre el área de trabajo, evitando la contaminación.
- Colocar el 2º campo estéril sobre el paciente, por debajo del catéter; se tomará el catéter con una gasa estéril y se apoya sobre el campo.
- Realizar la conexión de la bolsa de NP con el set de infusión (con el filtro conectado), purgar la tubuladura y clampar.
- Conectar el set a la bomba de infusión, al catéter del paciente y desclampar (tomar el conector del catéter con una gasa estéril embebida en solución antiséptica alcohol al 70%).
- Proteger las conexiones con campos pequeños estériles o gasa estéril seca y colocar tela adhesiva.





000083

**DESPUES DE LA ADMINISTRACION DE NP**

- Retirar, limpiar y ordenar el material utilizado
- Lavado de manos con clorhexidina 2%.
- Anotar en el kardex de enfermería del paciente: la hora del inicio, cambio de la mezcla, la vía de administración, el volumen de líquido a infundir y la velocidad de infusión.
- Toma de glucosa capilar a las 2 horas de iniciado la infusión de NP.
- Monitorear posibles complicaciones con la administración de NP.

**VIII.- LIMITACIONES Y VALIDEZ DE RESULTADOS**

La validez de los resultados implica contar con los insumos, materiales y recursos solicitados como requisito en la presente guía, lo que garantizara la seguridad del procedimiento.

**IX.- COMPLICACIONES****1.- COMPLICACIONES METABÓLICAS DE LA NP**

Hiperglucemia, hipoglucemia, sobrecarga de volumen, aumento de la urea plasmática, aumento o disminución de los niveles de Na, K, Ca, P y Mg, se pueden observar manifestaciones alérgicas provocadas por la infusión de lípidos y/o de algunas vitaminas. El monitoreo por enfermería es esencial para prevenir varias de las complicaciones metabólicas, en especial las relacionadas con la glucemia y el balances de líquidos.

**2.- COMPLICACIONES INFECCIOSAS DE LA NP**

Las infecciones relacionadas con los catéteres (IRC) y la infección del sitio de entrada y/o de los trayectos subcutáneos de los catéteres. Las IRC se deben a microorganismos que ingresan desde la piel por vía Pericatóter o por vía Endoluminal a partir del conector del catéter a la tubuladura. El cumplimiento estricto de las normas de enfermería para la curación del sitio de entrada del catéter y para la conexión desconexión de la NP, disminuye significativamente la incidencia de las IRC.





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud del Niño  
San Borja

000084

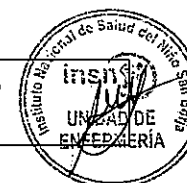
**X.- AUTORES. FECHA Y LUGAR**

Unidad de Enfermería – Agosto 2016

Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja- Agosto 2016

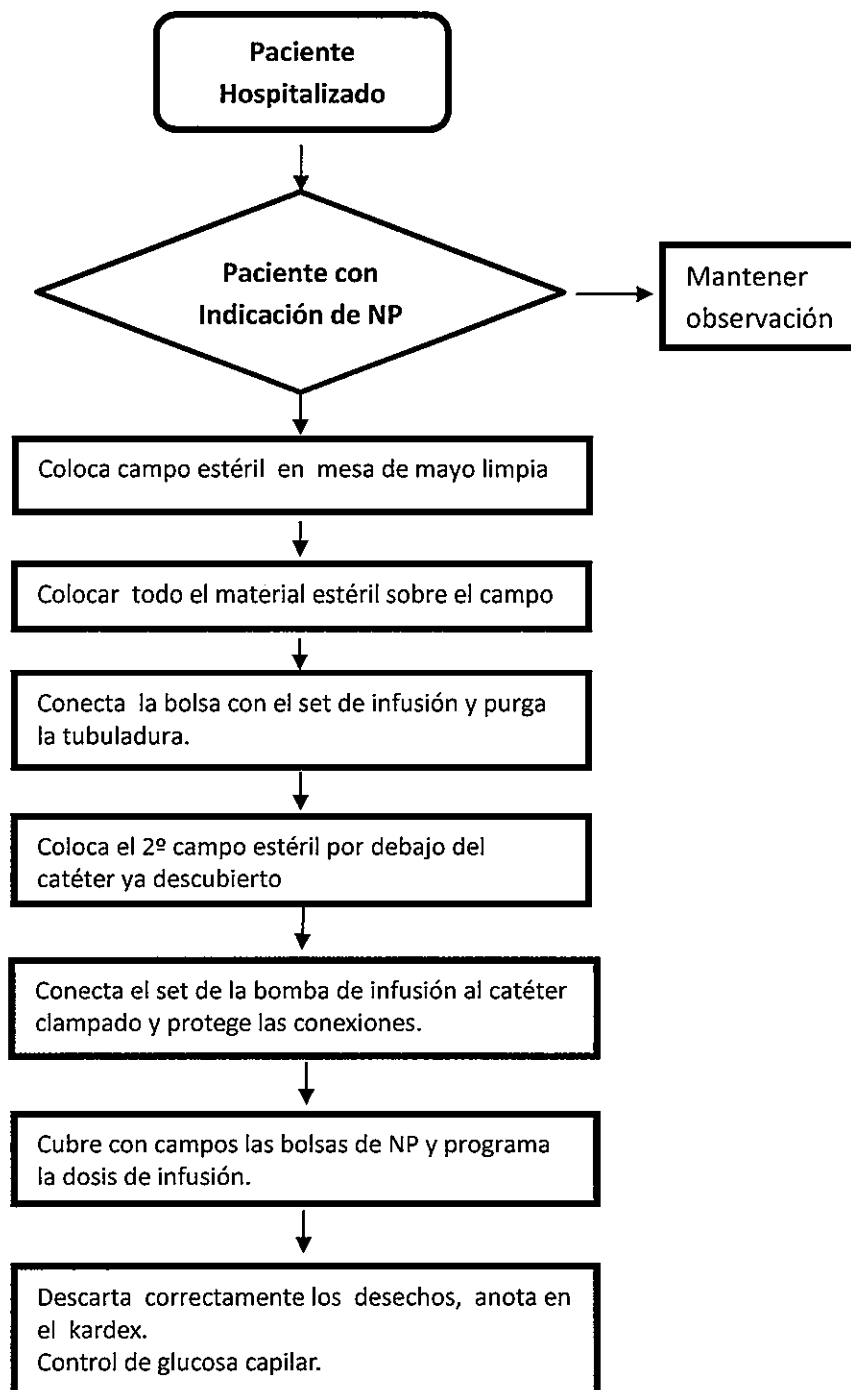
Vigencia de la Guía de Procedimientos – 02 años a partir de su aprobación con  
Resolución Directoral.**XI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Normas de enfermería para nutrición parenteral. Aspen Standards of practice for nutrition support nurces. American Society of Parenteral and Enteral Nutrition. Disponible en: <https://www.nutritioncare.org/>
2. Manual de Nutrición Artificial Domiciliaria y ambulatoria. Procedimientos Educativos y Terapéuticos. Senpe- Nadya. ISBN 84-605-5913. Disponible en: [www.senpe.com/manuales.html](http://www.senpe.com/manuales.html)
3. Apoyo Nutricional En Cirugía, disponible en: <http://www.sacd.org.ar/uveinticinco.pdf>
4. Nutrición parenteral en el neonato Pedro n. Durán-bravo, m.d.1, María Pérez-Vásquez, m.D.2. Disponible: <http://revgastrohnp.univalle.edu.co/a06v8n1/a06v8n1art3.pdf>
5. Nutrición Parenteral Central o Periférica Dra. Mercedes Cervera Peris Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca Dr. Joan Ramon Urgelés Planella Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca. Disponible en: [http://www.fresenius-kabi.es/pdf/nutri\\_info/Nutri\\_Info\\_07.pdf](http://www.fresenius-kabi.es/pdf/nutri_info/Nutri_Info_07.pdf)



**XII.- ANEXOS****FLUXOGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL**

INICIO



FIN



PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de SaludINSTRUMENTO  
DE EVALUACIÓN

000086

## LISTA DE CHEQUEO DE ADMINISTRACION DE NUTRICION PARENTERAL TOTAL

ITEMS DE EVALUACION	SI	NO	OBSERVACIONES
<ol style="list-style-type: none"> <li>Realiza el lavado de manos correctamente asistente y operador.</li> <li>Usa barreras de protección el operador y asistente</li> <li>Mantiene bolsa de NP íntegro y almacenado a 4 ° C.</li> <li>Retira la bolsa de NP de la refrigeradora 20 a 30 minutos antes.</li> <li>Observa la permeabilidad y fijación del catéter.</li> <li>Valora las características de las soluciones de la NP.</li> <li>La enfermera asistente: <ul style="list-style-type: none"> <li>Prepara todo el equipo necesario y limpio la mesa de mayo con solución antiséptica.</li> <li>Realiza un segundo lavado de manos con solución de antiséptica jabonosa (clorexidina al 2%)</li> <li>Retira la gasa o cobertura del extremo distal del catéter sin tocarlos.</li> <li>Abre los envases de todos los elementos a utilizar (set de bomba, filtro, conectores, gasas con solución antiséptica y gasas secas) y depositarlos (manteniendo la esterilidad).</li> <li>Cubre con campos las bolsas de NP.</li> <li>Programa el volumen y velocidad de infusión.</li> </ul> </li> <li>La enfermera operadora: <ul style="list-style-type: none"> <li>Solicita al asistente entregue: líneas de infusión según la necesidad, bolsa de nutrición: aminoácidos mas oligoelementos y lípidos, gasas con alcohol, gasas secas, tijera estéril y campo pequeño para cortar.</li> <li>Toma uno de los campos estériles por un extremo y desplegarlo sobre la mesa de mayo.</li> <li>Realiza la punción de la bolsa con el set de infusión (con el filtro conectado) y purga la tabuladora.</li> <li>Coloca el 2° campo estéril sobre el paciente, por debajo del catéter. Toma el catéter con una gasa estéril y lo apoya sobre el campo.</li> <li>Conecta el set de la bomba de infusión al catéter, previamente clampado (tomar el conector del catéter con una gasa estéril embebida en solución antiséptica alcohol al 70%, luego desclampa las conexiones.</li> <li>Protege las conexiones con campos pequeños estériles o gasa estéril seca y coloca tela adhesiva.</li> </ul> </li> <li>Retira, limpia y descarta correctamente todo el material utilizado. <ul style="list-style-type: none"> <li>Lavado de manos con solución jabonosa (clorexidina 2%)</li> <li>Anota en el kardex de enfermería del paciente: la hora del inicio, cambio de la mezcla, la vía de administración, el volumen de líquido a infundir y la velocidad de infusión.</li> <li>Toma de glucosa capilar a las 2 horas de iniciado la infusión de NP.</li> <li>Monitorear posibles complicaciones con la administración de NP.</li> </ul> </li> </ol>			







PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto de Gestión  
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja

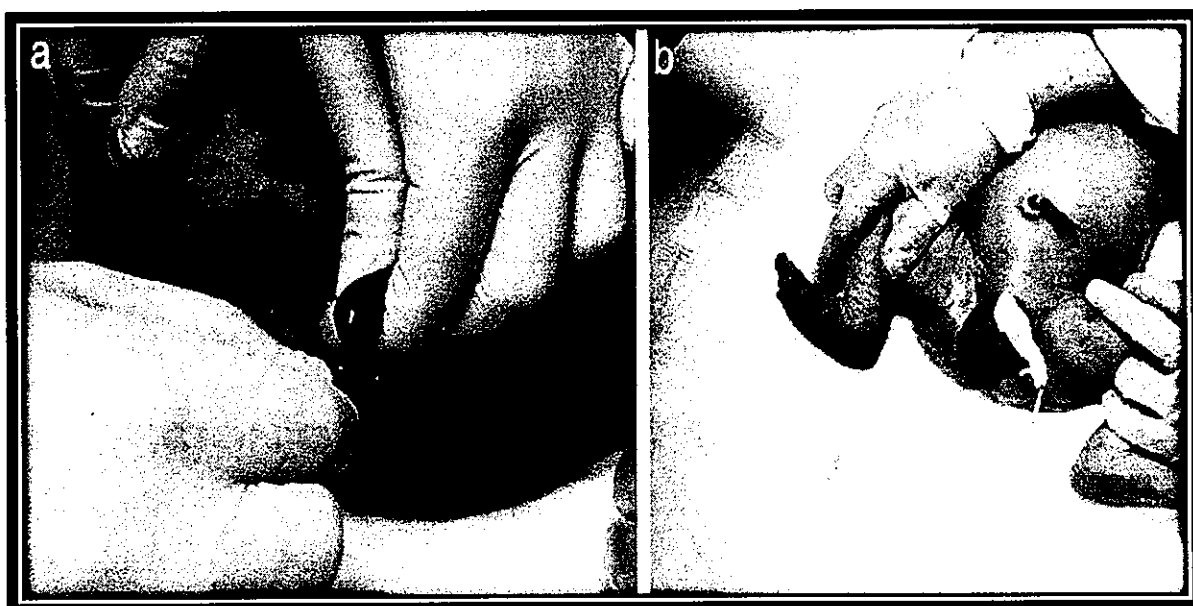


000087

# **GUIA DE PROCEDIMIENTO DE ENFERMERIA**

## **INSERCIÓN DE CATETER VESICAL TEMPORAL, SIMPLE**

### **UNIDAD DE ENFERMERIA**



<b>ELABORADO POR:</b> UNIDAD DE ENFERMERÍA	<b>REVISADO POR:</b> UNIDAD DE ENFERMERIA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	<b>APROBADO POR:</b> <b>DRA. ZULEMA TOMAS GONZALES</b> Directora de Instituto Especializado del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja
---	--	--



Fecha: Agosto 2016

Código: GP 008/INSN-SB/UE.V.01

Página 1 de 12





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño - San Isidro

000088

## GUÍA DE PROCEDIMIENTO: INSERCIÓN DE CATÉTER VESICAL TEMPORAL, SIMPLE

### CONTENIDO

I	NOMBRE Y CÓDIGO .....	3
II	DEFINICIÓN.....	3
III	INDICACIONES.....	3
IV	CONTRAINDICACIONES.....	3
V	REQUISITOS: CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	4
VI	RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR .....	4
VII	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.....	5
VIII	LIMITACIÓN Y VALIDEZ DE LOS RESULTADOS.....	7
IX	COMPLICACIONES.....	7
X	AUTORES, FECHA Y LUGAR.....	8
XI	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	9
XII	ANEXOS.....	9





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto de Gestión  
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño - San Pablo



000089

## I.- NOMBRE Y CÓDIGO

Inserción de catéter vesical temporal; simple Código: 51702

## II.- DEFINICIÓN

### • Definición del procedimiento

Es una técnica aséptica que consiste en la introducción de una sonda hasta la vejiga a través del meato uretral, con el fin de establecer una vía de drenaje temporal (único o repetido) o permanente, desde la vejiga al exterior. Aspectos

### • Epidemiológicos importantes

El cateterismo o sondaje vesical es un procedimiento invasivo y la causa más frecuente de infección urinaria nosocomial que prolonga la estancia hospitalaria de neonatos.

Las infecciones urinarias (IU) representan cerca del 40% de todas las infecciones nosocomiales. Más del 90% IU están asociadas a cateterismo vesical, siendo un 10% secundarias a manipulaciones quirúrgicas o instrumentales de la vía urinaria inferior.

## III.- INDICACIONES

### INDICACIONES ABSOLUTAS.

Diagnosticas:

- Recolección de muestra de orina estéril para estudio o cultivo
- Medición horaria del volumen urinario en pacientes críticos.

Terapéuticas:

- Obstrucción urológica de naturaleza orgánica o funcional
- Permitir la cicatrización de vías urinarias tras la cirugía (por ej. Resección de vejiga transuretral).





000090

**INDICACIONES RELATIVAS.****Diagnosticas:**

- Exploración radiológicas
- Determinar la orina residual después de una micción espontánea

**Terapéuticas:**

- Evacuar la vejiga en caso de retención urinaria.
- Realizar irrigación vesical en caso de hematuria.
- Prevenir la tensión en la pelvis o heridas abdominales por la vejiga distendida.
- Administración de medicación intravesical.

**IV.- CONTRAINDICACIONES**

Está contraindicado realizar el procedimiento si presenta:

- Cirugías uretrales
- Estenosis grave uretral.
- Sospecha de rotura vesical (traumatismo)
- Enfermedades o malformaciones que conllevan atrofias de las vías urinarias que impiden la inserción de la sonda vesical.

**V.- REQUISITOS: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Antes de realizar el procedimiento el médico explicará a la madre o familiar responsable de los riesgos y beneficios que pueda causar el procedimiento en el paciente, debiendo registrar su aprobación o negación conforme a las normas vigentes.

En los pacientes en situación de emergencia se aplicará conforme a la Ley.





000091

**VI.- RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR****6.1.- EQUIPOS BIOMÉDICOS**

- Monitor multipárametros
- Incubadora o servocuna

**6.2.- MATERIAL MÉDICO NO FUNGIBLE**

- 1 Riñonera
- 1 Mesa auxiliar o Coche de curaciones

**6.3.- MATERIAL MÉDICO FUNGIBLE**

- 2 Gorros
- 2 Mascarillas
- 1 Mandilón estéril

Para la higiene genitourinaria:

- 1 Par de guantes desechables.
- Solución jabonosa antiséptica
- 2 paquete de gasas estériles 7.5 x 7.5 cm.
- Suero fisiológico o agua estéril
- Lubricante

Para el sondaje vesical:

- 1 sonda vesical de dos vías (calibre 6 – 8). En grandes prematuros se puede utilizar un catéter umbilical o una sonda de nutrición calibre 4 ó 5,
- 1 bolsa o sistema colector para la orina
- 1 par de guantes estériles
- 1 Campo estéril (fenestrado y no fenestrado)
- Tubo de toracotomía 10 Fr para Neonato < 2.000 g y 12 Fr para los mayores. Existen tubos rectos de polivinilo de distinta longitud y tubos con cola de chanco.
- 1 jeringa de 5cm
- 1 paquete pequeño de gasas
- 1 apósito adhesivo 4 x 4





000092

Para el retiro de la sonda vesical:

- 1 par de guantes estéril
- Solución jabonosa antiséptica
- 1 paquete de gasas pequeña
- Jeringa de 5 ml.

Para la toma de urocultivo:

- Frasco estéril colector de orina
- 1 par de guantes estériles

#### 6.4.- MEDICAMENTOS

- Lidocaína al 2% jalea (lubricante)



**VII.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO****A. ANTES DEL PROCEDIMIENTO:**

1. Contar con el material necesario.
2. Realizar lavado de manos.
3. Colocar en posición supino al niño y si es niña con las piernas separadas y flexionadas
4. Calzarse los guantes desechables
5. Realizar la higiene con agua jabonosa o clorexidina 0.5%, en las niñas en sentido meato-ano y en niños retrayendo el prepucio.

**B. DURANTE EL PROCEDIMIENTO:**

1. Lavado de manos
2. El operador se coloca los guantes estériles.
3. El ayudante posiciona al bebé.
4. Preparar campo estéril.
5. Carga la jeringa con cloruro de sodio o agua destilada
6. Lubrica la punta de la sonda con ungüento anestésico o vaselina e introducir suavemente la sonda por el meato hasta llegar a la vejiga.
7. Introducir el agua estéril o suero fisiológico para formar el globo vesical.
8. Fraccionar suavemente la sonda para asegurarse que esté correcta.
9. Conectar el extremo de la sonda a la bolsa recolectora de orina.
10. Fijar la sonda vesical en muslo del recién nacido y fijarla en la cuna.
11. Registrar en las notas de enfermería

**C. RETIRO DE SONDA VESICAL**

1. Asegurarse de la indicación médica
2. Identificar situaciones que predispongan el retiro de la sonda vesical.
3. Preparar el material
  - a. Solución antiséptica
  - b. Guantes estériles.
  - c. Gasas estériles
  - d. Jeringa de 5 ml.





000094

- 4 Lavado de manos
- 5 Colocarse guantes desechables
- 6 Limpiar el área con antisépticos
- 7 Retirar el globo vesical con la jeringa de 5 ml y proceder al retiro de la sonda vesical.
- 8 Registrar en las notas de enfermería.

## TOMA DE MUESTRA DE URUOCULTIVO

1. Preparar el material, tener la orden médica.
  - a. Frascos estériles.
  - b. Guantes estériles.
2. Realizar sondaje vesical según técnica descrita.
3. Recolectar la muestra de forma estéril, a través del sondaje vesical
4. Retirar la sonda vesical con la técnica descrita.
5. Rotular la muestra.
6. Realizar las anotaciones de enfermería.

## VIII.- LIMITACIONES Y VALIDEZ DE RESULTADOS

La validez de los resultados implica contar con los insumos, materiales y recursos solicitados como requisito en la presente guía, lo que garantizara la seguridad del procedimiento.

## IX.- COMPLICACIONES

Dentro de las complicaciones que se pueden presentar durante o después del procedimiento tenemos:

- Traumatismo uretral.
- Infección: uretritis, cistitis, pielonefritis y sepsis.
- Retención urinaria por obstrucción de la sonda (causada por acodamiento de la sonda, coágulos, moco o sedimentos de la orina).



**X.- AUTORES. FECHA Y LUGAR**

000095

Unidad de Enfermería – Agosto 2016

Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja- Agosto 2016

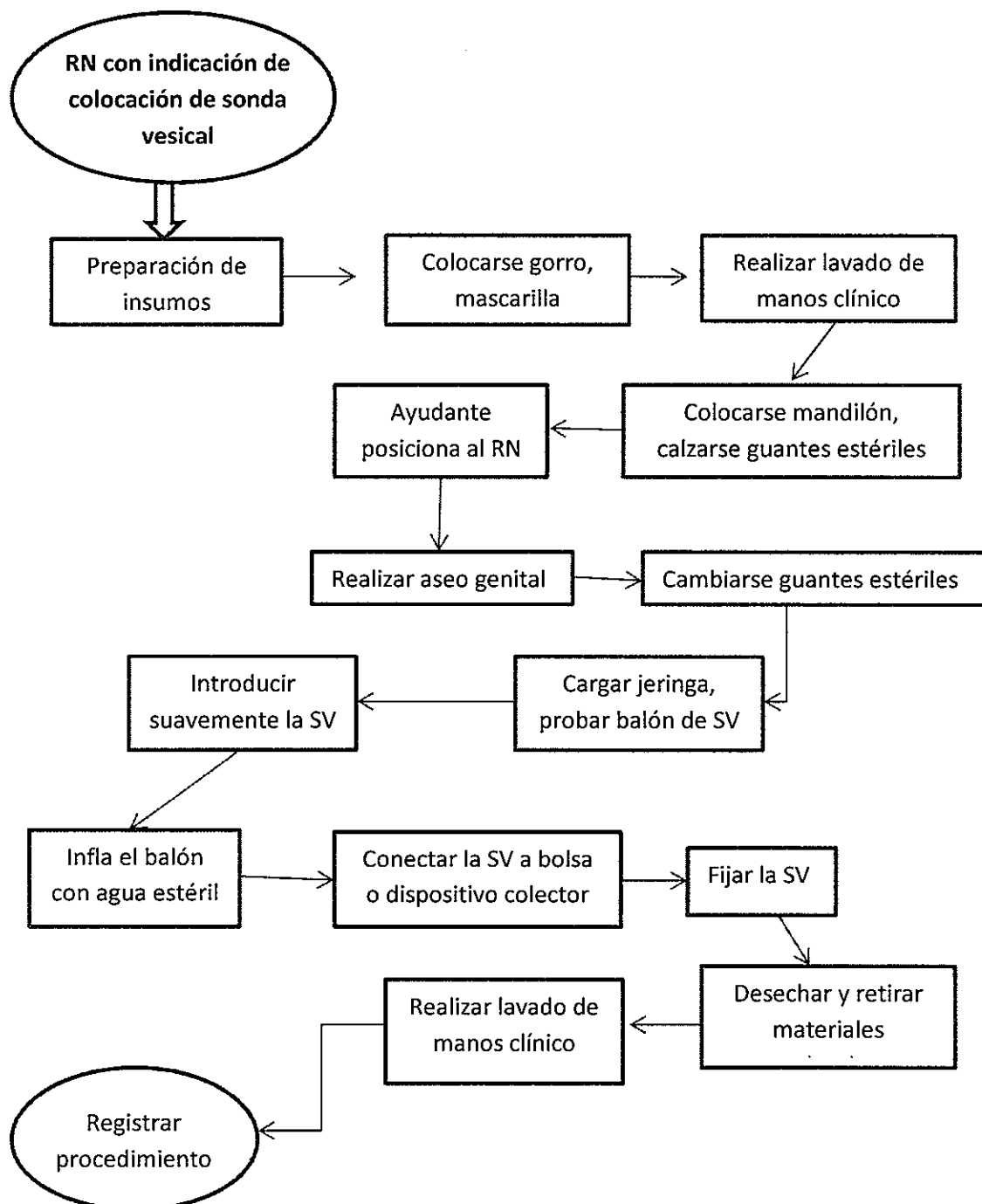
Vigencia de la Guía de Procedimientos – 02 años a partir de su aprobación con Resolución Directoral.

**XI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES: Asistencia del Recién Nacido de Alto Riesgo. Tamez – Silva. 3° Edición. Buenos Aires - Argentina 2008.
2. Manual de Procedimientos en Neonatología. Ceriani Cernadas. Buenos Aires - Argentina 2005. Pág. 175.
3. Compendio de Guías de Procedimientos de Enfermería en Emergencias Y Desastres. Ministerio de Salud. Lima Perú – 2005.
4. Ceriani Cernadas JM. Manual de procedimientos en neonatología. 4ª edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2012; p. 266 - 270.
5. Gomella TL y col. Neonatología. 4ª edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2009, p.185.
6. Tapia J, Gonzales A. Neonatología. 3ª edición. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo Ltda. 2011, p. 827 – 829.
7. PROTOCOLO INSTALACION Y MANTENCION DE CATETER URINARIO EN RECIEN NACIDO. HOSPITAL SANTIAGO ORIENTE DR. LUIS TISNE BROUSSE, 2011
8. Albert Mallafré C, Molina Pacheco F, Rumí Belmonte L. Tratado de enfermería en cuidados críticos pediátricos y neonatales, Sección 9: Procedimientos nefro- urológicos, Cap. 141. Sondaje vesical.
9. Citado en:
10. <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion9/capitulo141/capitulo141.htm>
11. Consultado Abril 2014.





**XII.- ANEXOS****FLUXOGRAMA**



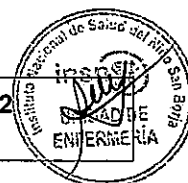
000097

**Tamaño del catéter vesical recomendado para niños**

	<b>Niños (French)</b>	<b>Niñas (French)</b>	<b>Tipo</b>
Recién nacido	3	3 o 5	Recta
1 – 2 años	5	5 o 8	Recta / Globo
3 – 5 años	8	8	Globo
6 – 10 años	8 o 10	8 o 10	Globo
11 y 12 años	10 o 12	12	Globo
Mayor de 13 años	12	12 o 14	

**Diferencias entre el cateterismo femenino y el masculino**

<b>Femenino</b>	<b>Masculino</b>
<p>El orificio uretral es inmediatamente anterior al orificio vaginal sin embargo se puede cometer el error de introducir la sonda en la vagina en vez de en el orificio uretral.</p> <p>En tal caso, cogeríamos otra sonda y empezaríamos de nuevo.</p>	<p>También hay que tener en cuenta la longitud de la uretra; la uretra femenina es más corta por lo que solo se precisan algunos centímetros de avance para alcanzar la vejiga.</p> <p>En los varones, insertar algunos centímetros más que la longitud del cuerpo del pene.</p> <p>En el varón es importante, que al principio el pene esté en posición vertical, cuando se hayan introducido unos 4cm. se hará descender el pene para que pase bien la sonda por la próstata.</p>





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto de Gestión  
de Servicios de Salud

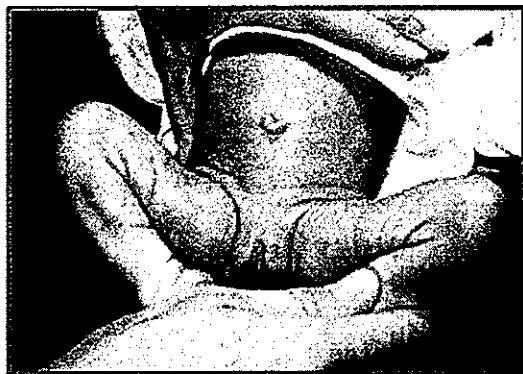
Instituto Nacional de Salud  
del Perú - I.N.S.P.



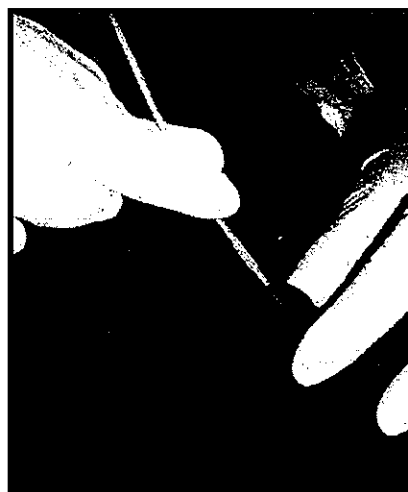
000098

## IMAGENES

### POSICIÓN DEL RN PARA HIGIENE E INSERCIÓN DE LA SONDA VESICAL



### COLOCACIÓN DEL SONDAJE VESICAL







PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto de Gestión  
de Servicios de Salud

Instituto Especializado del  
Instituto Nacional de Salud del Niño  
San Borja

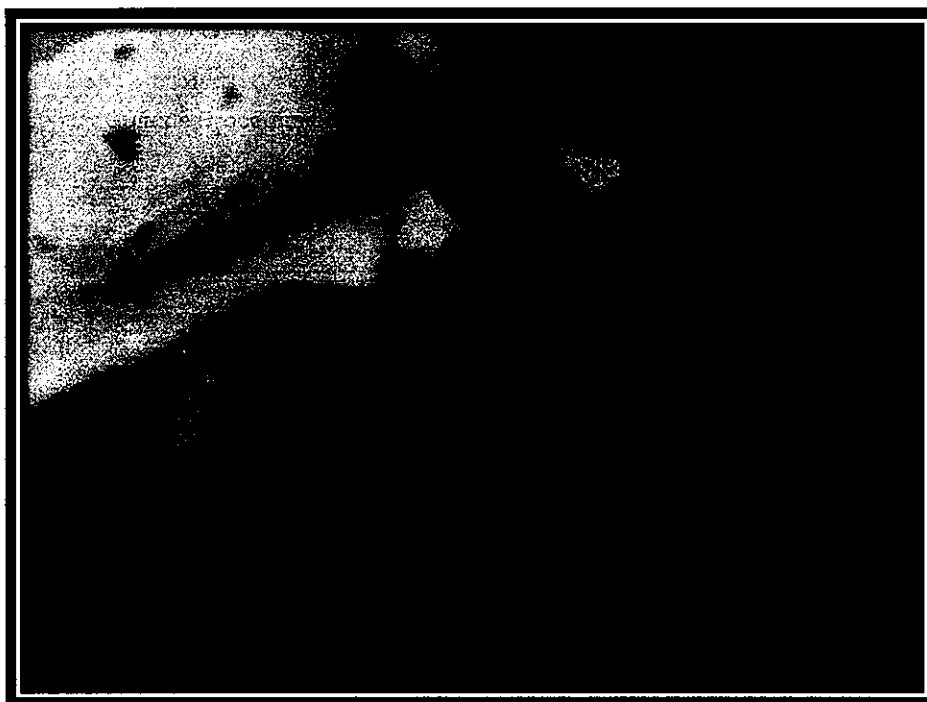


000099

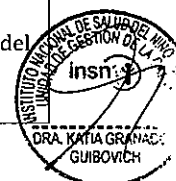
Guía de Procedimiento: Colocación de Sonda Orogástrica

## GUIA DE PROCEDIMIENTO COLOCACION DE SONDA ORO GASTRICA (SOG)

### UNIDAD DE ENFERMERIA



<b>ELABORADO POR:</b> UNIDAD DE ENFERMERÍA	<b>REVISADO POR:</b> UNIDAD DE ENFERMERIA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	<b>APROBADO POR:</b> <b>DRA. ZULEMA TOMAS GONZALES</b> Directora de Instituto Especializado del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja
---	--	--



Fecha: Agosto 2016	Código: GP 009/INSN-SB/UE.V.01	Página 1 de 9
--------------------	--------------------------------	---------------





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud  
Unidad de Gestión de la Salud

000100

Guía de Procedimiento: Colocación de Sonda Orogástrica

## GUÍA DE PROCEDIMIENTO: COLOCACIÓN DE SONDA ORO GÁSTRICA (SOG)

### CONTENIDO

I	NOMBRE Y CÓDIGO .....	3
II	DEFINICIÓN.....	3
III	INDICACIONES .....	3
IV	CONTRAINDICACIONES.....	3
V	REQUISITOS: CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	4
VI	RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR .....	4
VII	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO .....	5
VIII	LIMITACIÓN Y VALIDEZ DE LOS RESULTADOS.....	7
IX	COMPLICACIONES.....	7
X	AUTORES, FECHA Y LUGAR.....	8
XI	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	9
XII	ANEXOS .....	9



Fecha: Agosto 2016

Código: GP 009/INSN-SB/UE.V.01

Página 2 de 9





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño y del Adolescente

000101

## Guía de Procedimiento: Colocación de Sonda Orográfica

**I.- NOMBRE Y CÓDIGO**

Colocación de Sonda Orográfica (SOG), Colocación de Sonda Orográfica

Código: 9100101

**II.- DEFINICIÓN**

Procedimiento que consiste en la introducción de una sonda flexible (de silicona o poliuretano), multiperforadora en su extremo distal, que ingresa a través de la cavidad oral hasta la cavidad gástrica del paciente.

**III.- INDICACIONES**

INDICACIONES ABSOLUTAS:

INDICACIONES RELATIVAS:

- Reposo gástrico.
- Administración de medicación.

**IV.- CONTRAINDICACIONES**

- Recién nacido que no requiera evacuación gástrica, y que pueda alimentarse por succión.
- En neonatos sometidos a cirugía esofágica o gástrica tener precaución.

**V.- REQUISITOS: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El médico y/o enfermera explicará a los padres los beneficios y la importancia de la realización del procedimiento, así como también sus posibles complicaciones.



Fecha: Agosto 2016

Código: GP 009/INSN-SB/UE.V.01

Página 3 de 9





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud del Niño  
Instituto de Salud del Niño

000102

## Guía de Procedimiento: Colocación de Sonda Orogástrica

**VI.- RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR**

## 6.1.- Equipos Biomédicos

## 6.2 Material No médico Fungible

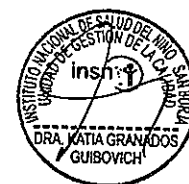
- Estetoscopio 01 Unidad

## 6.3 Material médico Fungible

- Sonda orogástrica:

PESO	CALIBRE
Menos de 1250	5 French
Entre 1250 y 2500	6 French
Mayor de 2500	8 French

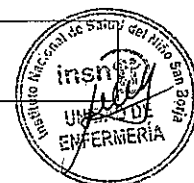
- Jeringa de 5 ml 01 Unidad
- Rifonera 01 Unidad
- Apósito Autoadhesivo 01 Unidad
- Guantes desechables 01 Par
- Agua estéril 01 Unidad
- Gasas 01 Paquete



Fecha: Agosto 2016

Código: GP 009/INSN-SB/UE.V.01

Página 4 de 9







PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño y del Adolescente

000103

Guía de Procedimiento: Colocación de Sonda Orogástrica

**VII.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO****ANTES DEL PROCEDIMIENTO:**

1. Verificar la indicación médica.
2. Realizar la higiene de manos.
3. Preparar el equipo necesario, elegir el calibre de la sonda.  
Acomodar al neonato y levantar la cabecera del neonato a 30°.

**DURANTE EL PROCEDIMIENTO**

1. Realizar la Higiene de manos.
2. Colocación de guantes.
3. Medir desde la comisura labial hasta el borde inferior de la oreja y luego hasta la apéndice xifoide,
4. Lubricar la sonda en su extremo distal.
5. Introducir la sonda a través de la cavidad oral dirigiéndola hacia la cavidad gástrica, progresando la sonda de manera suave con
6. Movimientos rotatorios en forma lenta, continuar hasta llegar a la marca de referencia quede a nivel de la boca.
7. Verifique la ubicación en cavidad gástrica, aspirando el contenido gástrico o auscultando la zona gástrica luego de introducir aproximadamente 2 cm de aire ( luego retirar el aire)
8. Marcar la sonda (punto de fijación final).
9. Fijar la sonda: colocar apósito hidrocoloide y adherir encima la tela adhesiva.
10. Registrar el procedimiento en las notas de Enfermería.

**VIII.- LIMITACIONES Y VALIDEZ DE RESULTADOS**

La validez de los resultados implica contar con los insumos, materiales y recursos solicitados como requisito en la presente guía, lo que garantizara la seguridad del procedimiento.

Fecha: Agosto 2016

Código: GP 009/INSN-SB/UE.V.01

Página 5 de 9





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto de Gestión  
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño  
San Borja



000104

Guía de Procedimiento: Colocación de Sonda Orográfica

## IX.- COMPLICACIONES

- Pueden presentar apnea o bradicardia.
- Hipoxia.
- Perforación gástrica por el material.
- Posición incorrecta: que quede en tráquea o esófago.
- Obstrucción de la sonda.

## X.- AUTORES. FECHA Y LUGAR

Unidad de Enfermería – Agosto 2016

Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja- Agosto 2016

Vigencia de la Guía de Procedimientos – 02 años a partir de su aprobación con Resolución Directoral.



Fecha: Agosto 2016

Código: GP 009/INSN-SB/UE.V.01

Página 6 de 9





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto de Gestión  
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño



000105

Guía de Procedimiento: Colocación de Sonda Orogastrica

## XI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tamez, R.; Silva, M. Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. Asistencia del Recién Nacido de alto Riesgo. 3ra Ed. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires-Argentina. 2008.
2. Cloherty J; Stark, A. Manual de Cuidados Neonatales. 3ra Edición. Editorial Masson. Barcelona-España. 2006.
3. Hansen A; Puder M. Manual de Cuidados Intensivos en Cirugía Neonatal. 2ª Edición. Editorial Panamericana. Madrid-España. 2009.



Fecha: Agosto 2016

Código: GP 009/INSN-SB/UE.V.01

Página 7 de 9





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto de Gestión  
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud  
del Niño y la Adolescencia



000106

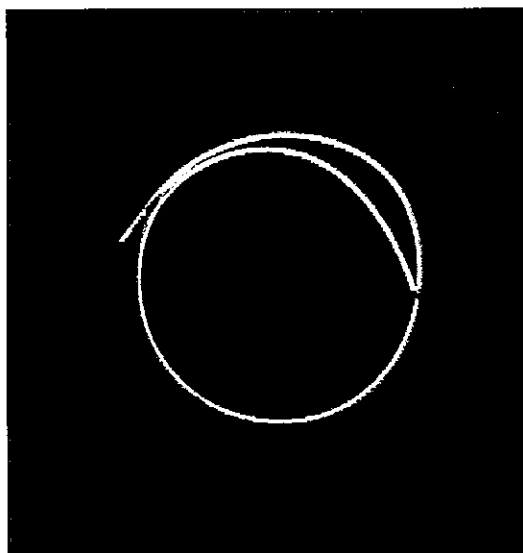
Guía de Procedimiento: Colocación de Sonda Orogástrica

## XII.- ANEXOS

### MEDICION PARA COLOCACIÓN DE SOG



### SONDA DE ALIMENTACIÓN



Fecha: Agosto 2016

Código: GP 009/INSN-SB/UE.V.01

Página 8 de 9





PERÚ

Ministerio  
de Salud

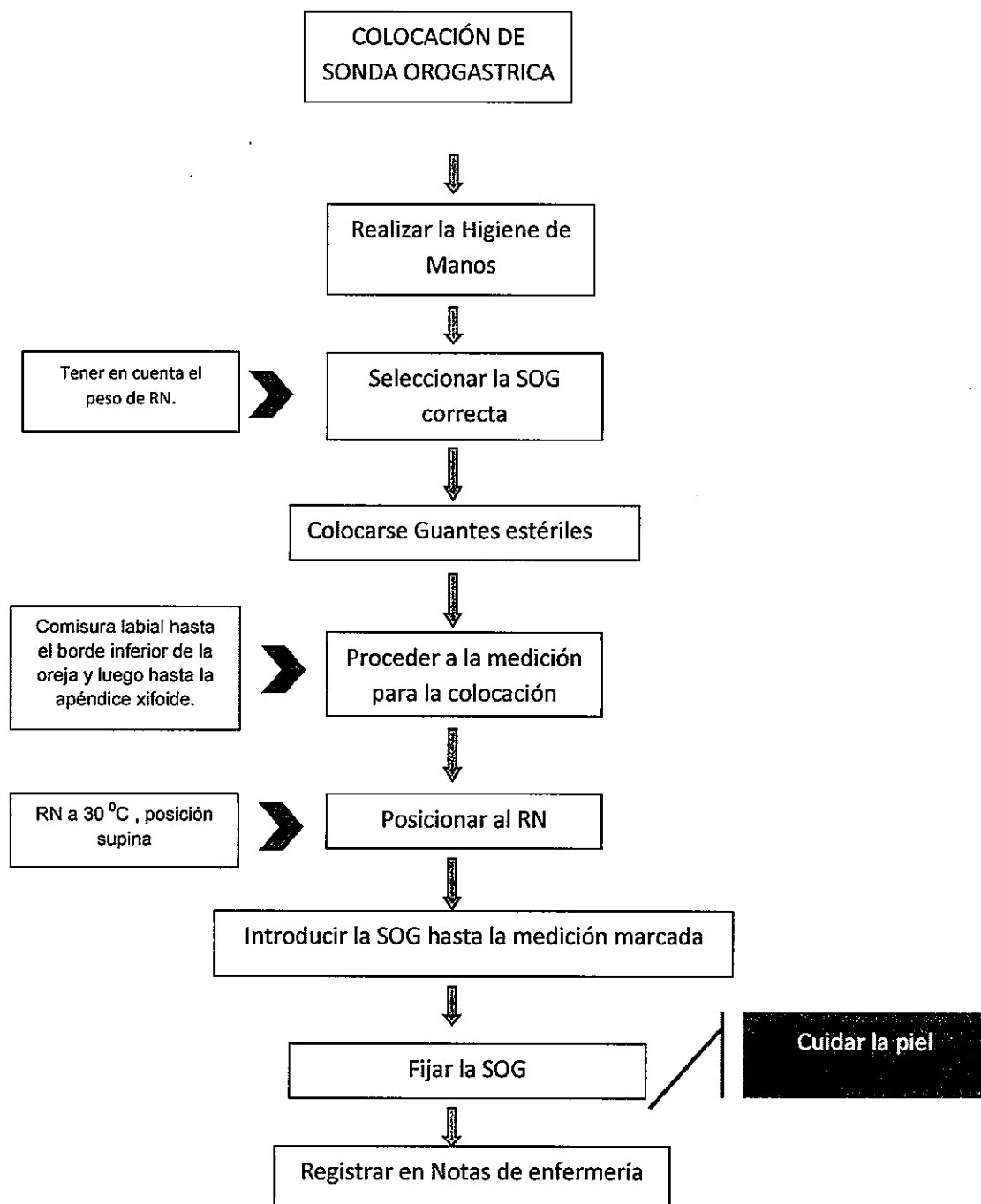
Instituto de Gestión  
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de  
Salud del Niño y del Adolescente



000107

### Guía de Procedimiento: Colocación de Sonda Orogastrica







PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto de Gestión  
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño  
NINOS-SAN BORJA

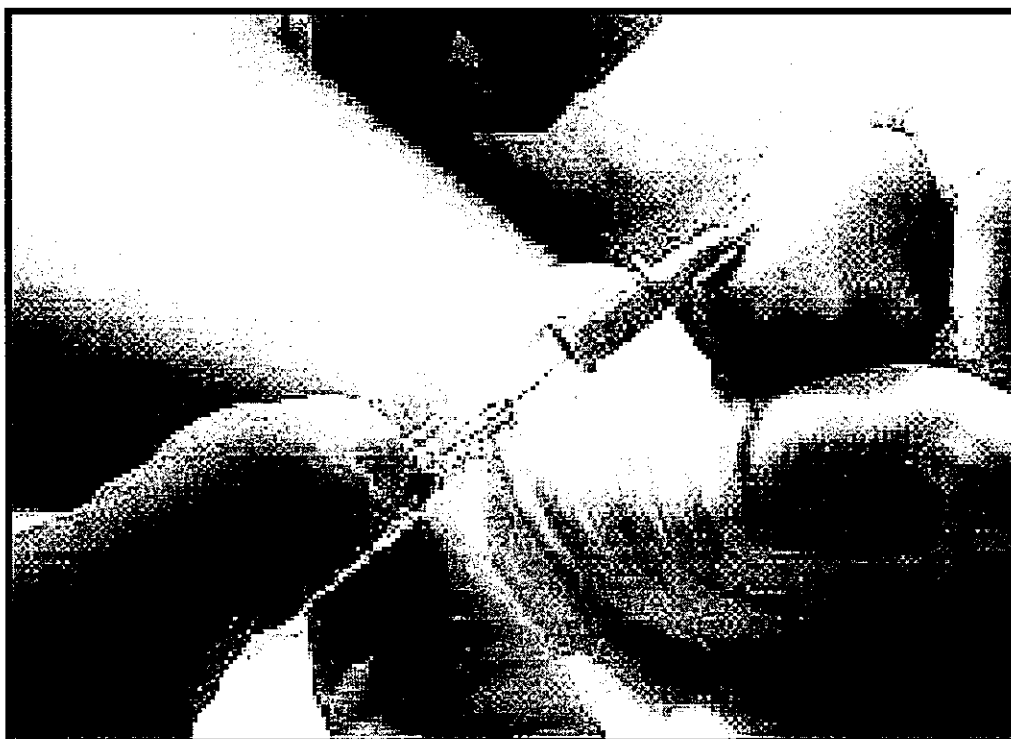


000108

# GUIA DE PROCEDIMIENTO DE ENFERMERIA

## CANALIZACION DE VIA PERIFERICA

### UNIDAD DE ENFERMERIA



<b>ELABORADO POR:</b> UNIDAD DE ENFERMERÍA	<b>REVISADO POR:</b> UNIDAD DE ENFERMERIA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	<b>APROBADO POR:</b> <b>DRA. ZULEMA TOMAS GONZALES</b> Directora de Instituto Especializado del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja
---	--	--



Fecha: Agosto 2016	Código: GP-0010/INSN- SB UE-V.01	Página 1 de 12
--------------------	----------------------------------	----------------



**Guía de Procedimiento: Canalización de Vía Periférica****CONTENIDO**

I	NOMBRE Y CÓDIGO .....	3
II	DEFINICIÓN .....	3
III	INDICACIONES .....	3
IV	CONTRAINDICACIONES .....	3
V	REQUISITOS: CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	4
VI	RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR .....	4
VII	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO .....	5
VIII	LIMITACIÓN Y VALIDEZ DE LOS RESULTADOS .....	7
IX	COMPLICACIONES .....	7
X	AUTORES, FECHA Y LUGAR .....	8
XI	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	9
XII	ANEXOS .....	9





**I.- NOMBRE Y CÓDIGO**

Canalización de Vía Periférica con código 10781

**II.- DEFINICIÓN**

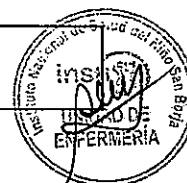
Procedimiento invasivo que consiste en atravesar la barrera de protección exterior (piel) con un estilete de punta aguda (aguja) o una cánula portadora de un catéter de plástico flexible penetrando en un área totalmente aséptica (sistema circulatorio), lo que requiere que se deba realizar el procedimiento con la técnica adecuada. El procedimiento se hace con el fin de mantener una vía venosa permeable, tomar muestras de laboratorio y /o administrar sustancias terapéuticas requeridas.

**III.- INDICACIONES****Absolutas**

- Mantenimiento de una vía en caso de emergencia o procedimientos especiales.
- Mantener un acceso venoso con fines terapéuticos.
- Administración de solución glucosada hasta el 12%.
- Restituir el equilibrio del ácido base.
- Nutrición parenteral Parcial o total con osmolaridad no mayor de 900 mosml.
- Reposición de líquidos y electrolitos.
- Administración de bolo o Infusión continúa.
- Transfusión de Hemoderivados.
- Fines diagnósticos.
- Mantenimiento de la hidratación en pacientes con intolerancia oral.
- Administración de Fármacos y fluidos al torrente circulatorio.
- Infusión simultanea de medicamentos incompatibles a través de catéter de lumen múltiple.

**Relativas**

- Imposibilidad de acceso venoso Central de inmediato.
- Nutrición parenteral Periférica prolongada



**IV.- CONTRAINDICACIONES****Absolutas**

- Trombosis completa del sistema venoso profundo (ej síndrome de cava superior).
- Contraindicaciones para catéteres de larga duración:
- Fiebre nueva e inexplicable.
- Neutropenia absoluta
- Infección próxima o en el sitio de inserción.
- Trombosis de la vena.

**Relativas**

- Alteraciones de la coagulación: trombopenia, anticoagulación.
- Lesiones cutáneas y/o sépticas en los posibles puntos de punción.
- Estado séptico no controlado.
- Paciente no colaborador.
- Bulas pulmonares cuando se intenta el abordaje de la subclavia.
- Hernia inguinal en accesos femorales.
- Alteraciones carotídeas en accesos yugulares.
- Cuadros diarreicos cuando se considere el cateterismo de venas femorales.
- Traqueotomía con abundantes secreciones en abordajes yugulares.

**V.- REQUISITOS: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Este procedimiento no requiere consentimiento informado.

**VI.- RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR****6.1.-Equipos Biomédicos**

- Monitor multiparámetro
- Incubadora o servo cuna

**6.2.-Material Médico No Fungible**

- Coche de curaciones
- Mesa de mayo
- Riñonera





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud del  
Niño - SINBO

000112

- Contenedor para materia biocontaminado y punzocortante

### 6.3.- Material Médico Fungible

- 01 Solución antiséptica jabonosa (Clorhexidina al 2%)
- 01 guantes estériles
- 02 sobres de gasas estériles.
- 01 Catéter periféricos N° 24,22
- 01 Ligadura de goma.
- 01 Clorhexidina al 4% en sachet.
- 01 Jeringas de 1cm 3cm, 5cm
- 02 Apósito Adhesivo o protector transparente de diferentes tamaños.
- 01 Esparadrapo antialérgico
- 01 Solución salina al 0.9%.
- 01 Conector punzante para conector EV.
- 01 Llave de tres vías
- 01 Extensión Dis/ Conector Bifurcado.
- 01 Conector libre de agujas
- 01 Equipo de Bomba de Infusión.
- Registro de enfermería.

### 6.4.- Medicamentos

- Suero fisiológico, cloruro de sodio al 9%
- Solución glucosada dextrosa al 5%, 10%
- Medicamentos prescritos. (Antibióticos, anti fungicidas, etc.)

## VII.- DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

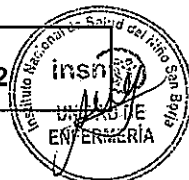
- De acuerdo a la condición/evaluación del paciente, el Médico indica a la enfermera la inserción, mantenimiento o retiro del catéter periférico.
- La enfermera, toma conocimiento, verifica orden y realiza la inserción o mantenimiento o retiro del catéter.
- Lavarse las manos con jabón o Clorhexidina al 2%.
- Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
- Informar al paciente sobre la inserción, mantenimiento o retiro del catéter.



Fecha: Agosto 2016

Código:GP-0010/INSN- SB UE-V.01

Página 5 de 12





000113

- Mantener la individualización del ambiente para el paciente.
- Colocar al paciente en la posición correcta, según la técnica a realizar.

### INSERCIÓN DEL CATETER PERIFERICO

- Seleccionar la vena más adecuada:
  - El estado de las venas del paciente
  - Características de la solución a infundir
  - Calibre del catéter
- Colocar un campo debajo de la zona de punción.
- Colocar la ligadura de 10 a 15cm por encima de la zona elegida.
- Aplicar la solución antiséptica en la zona y dejar secar.
- Coger el catéter con la mano dominante.
- Desenfundar el catéter
- Fijar la piel con la mano no dominante para evitar que la vena se mueva.
- Insertar el catéter con el bisel hacia arriba, con un ángulo entre 15° y 30° ligeramente por debajo del punto elegido y en dirección a la vena.
- Introducir el catéter hasta que se observe el reflujo de sangre, avanzar un poco el catéter e ir introduciendo la cánula a la vez que se va retirando la aguja o guía.
- Retirar la ligadura y conectar el equipo de infusión al catéter, abrir la llave de goteo y comprobar la permeabilidad, o bien limpiar el catéter con 2 o 3 cm de suero fisiológico colocando posteriormente el obturador.
- Limpiar la zona de punción con gasa impregnada en antiséptico.
- Fijar el catéter con el Apósito transparente.

### MANTENIMIENTO DEL CATETER PERIFERICO

- Lavarse las manos con jabón Clorhexidina para manipular el sistema y los guantes estériles para los cambios de apósito
- Mantener bien fijado el catéter para evitar tracciones, acodamientos y flebitis.
- Cambiar el apósito o sistema cada 48 – 72 horas, o cuando este húmedo, manchado o despegado, contaminado o presenta fuga, etc.
- Vigilar la zona de punción, valorando signos de infección: rubor calor tumor y/o exudado.
- Limpiar con antiséptico el punto de función en forma circular de adentro hacia afuera.
- Utilizar y mantener la llave de tres pasos cerrado.





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud del  
Niño - San Borja

000114

- Desinfectar las entradas de la llave con antiséptico siempre que se utilice.
- Evitar las desconexiones con el sistema intravenoso
- Mantener el catéter salinizado en caso de tratamientos venosos horario.

## RETIRO DEL CATETER PERIFERICO

- Valorar la zona de inserción por si presentara signos de infección.
- Limpiar con la solución antiséptica el punto de inserción desde dentro hacia afuera, con movimientos circulares.
- Retirar con suavidad el esparadrapo o apósito con cuidado.
- Extraer el catéter lentamente sin rosar la piel.
- Aplicar presión firme sobre el punto de punción durante tres minutos.
- Limpiar el área y colocar un apósito estéril.
- Lavarse las manos.
- Dejar al paciente en posición correcta con acceso al timbre y objetos personales.
- Desechar los materiales, equipos, agujas, algodón, etc. en el contenedor que les corresponde punzantes y no punzantes.
- Informar inmediatamente al médico cualquier anomalía o complicación ocurrida antes, durante y después de la inserción, mantenimiento o retiro del catéter periférico.
- Registrar en las anotaciones de enfermería la inserción, mantenimiento o retiro del catéter periférico. Así como las incidencias y acciones realizadas en el procedimiento.

## VIII.- LIMITACIONES Y VALIDEZ DE RESULTADOS

La validez de los resultados implica contar con los insumos, materiales y recursos solicitados como requisito en la presente guía, lo que garantizara la seguridad del procedimiento.

## IX.- COMPLICACIONES

- **Extravasación:** produce tumefacción, dolor, edema y se define como la salida del líquido per-fundido hacia los tejidos periféricos de la vena canalizada.
- **Flebitis:** Inflamación de la vena, con dolor, rubor y tumefacción de la zona.



Fecha: Agosto 2016

Código:GP-0010/INSN- SB UE-V.01

Página 7 de 12





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud del  
Niño - San Borja

000115

canalizada. Reacción del tejido venoso a una lesión, irritación o colonización bacteriana.

- **Obstrucción:** desaparición de la luz del conducto intraluminal del catéter por adherencias en la pared del mismo. La pauta de salinización o de heparinización del sistema suele evitarlo.
- **Perforación del catéter:** pérdida de continuidad del catéter provocando la salida del líquido a per-fundir al exterior.
- **Rotura del catéter corto:** se produce normalmente por una deficiente manipulación del sistema en la canalización. Para evitarlo, una vez retirada la aguja de la cánula no debe volverse a introducir.
- **Infección:** Invasión con éxito, establecimiento y crecimiento de microorganismos en los tejidos del huésped. Este tipo de catéteres son los que menor índice de patogenia infecciosa provocan, con tasas inferiores al 0.1% en algunos estudios.

## X.- AUTORES. FECHA Y LUGAR

Unidad de Enfermería – Agosto 2016

Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja- Agosto 2016

Vigencia de la Guía de Procedimientos – 02 años a partir de su aprobación con Resolución Directoral.

## XI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

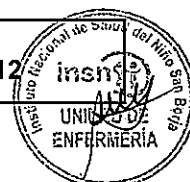
- Cloherty , Stark. Manual de Cuidados Neonatales. 3era Edición 2006 .Editorial Masson.
- Tamez, Silva. Enfermería en la Unidad de Cuidados Intesivos Neonatal.2006. Asistencia al recién nacido de alto riesgo. 3era Edición. Editorial Medica Panamericana
- Manual de Procedimientos de Enfermería. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.1995.
- Manual de Procedimientos del Hospital de Basurto. Bilbao 2001.



Fecha: Agosto 2016

Código:GP-0010/INSN- SB UE-V.01

Página 8 de 12





- Neonatología Jose Luis Tapia I. Tercera Edicion REVISADA, CORREGIDA Y AUMENTADA Editorial MEDITERRANEO Santiago de Chile, 2011.
- Avery, Gordon B; Fletcher, Mary Ann; Mac Donald, Mhairi G, Editors. 5a Ed. Neonatologia: Fisiopatologia y Manejo del Recién Nacido. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana, 2001
- Manual de procedimientos generales de enfermería del Hospital universitario Virgen del Rocio.201 Accesos vasculares, implantación y cuidados.
- Chocarro L, Venturini C. Procedimiento y Cuidados en enfermería médico quirúrgica. Madrid. Elsevier, 2006.
- Manual de procedimientos generales de enfermería del Hospital universitario Virgen del Rocio,2012. España.
- Normas para el manejo de catéteres implantables ; hospital alasia [www.hospitalAlasiaArg](http://www.hospitalAlasiaArg).
- <http://www.enfermeria1014.wikifoundry>
- <http://www.chaco.gov.ar/ministeriosalud/hpediatrico/infecolog%manual%20%20de%20oncolo.pdf>
- <http://www.guiaport.pdf>

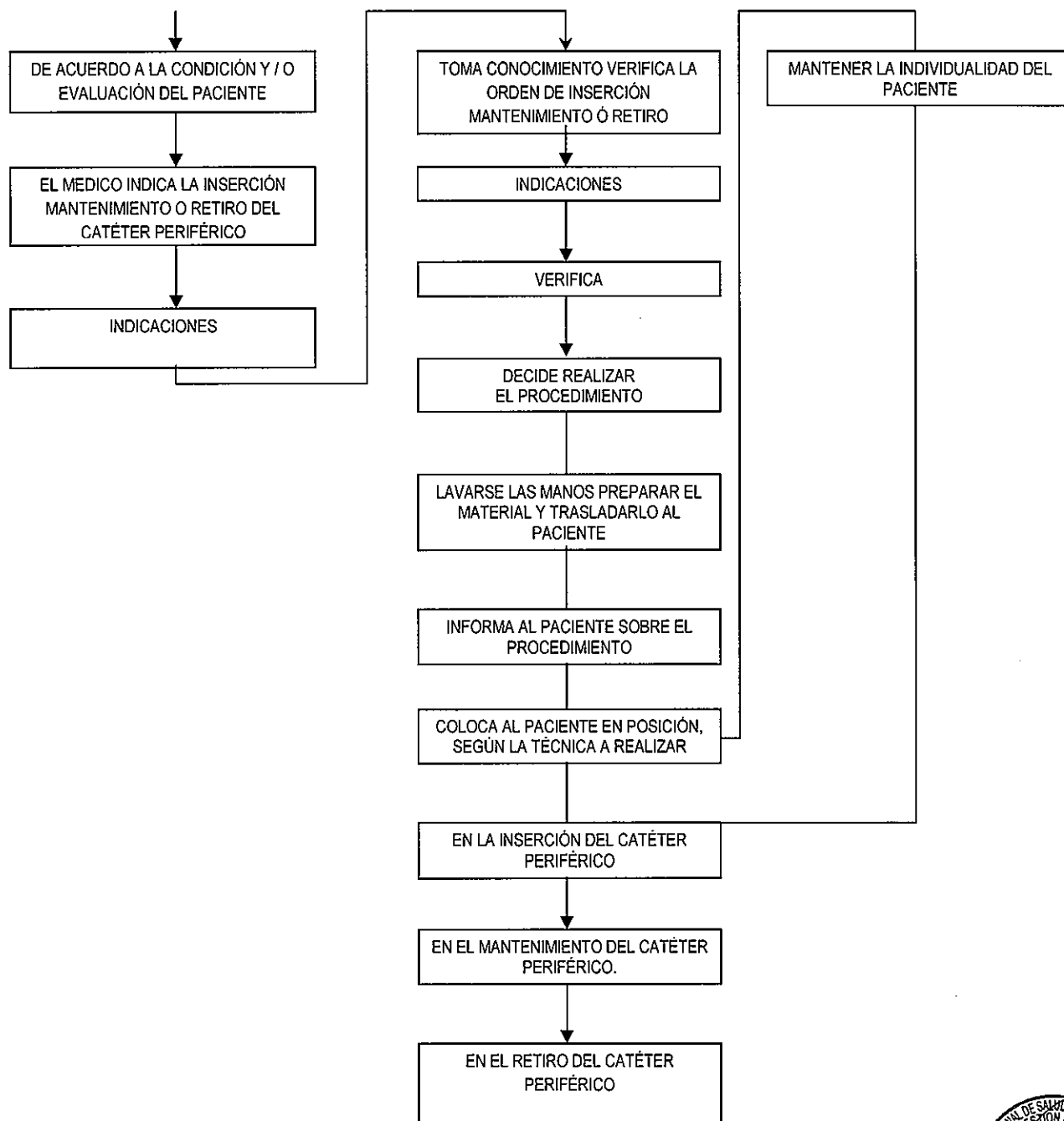




PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud del  
Niño - San Borja

000117

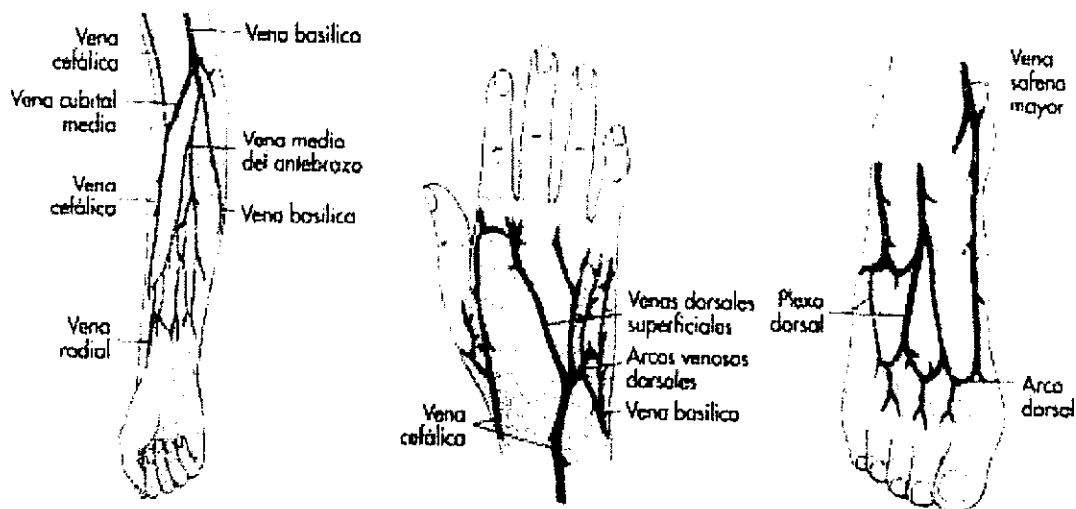
**XII.- ANEXOS****FLUJOGRAMA DE INSERCIÓN, MANTENIMIENTO Y RETIRO DEL CATÉTER VENOSO  
PERIFÉRICO****INICIO****FIN**



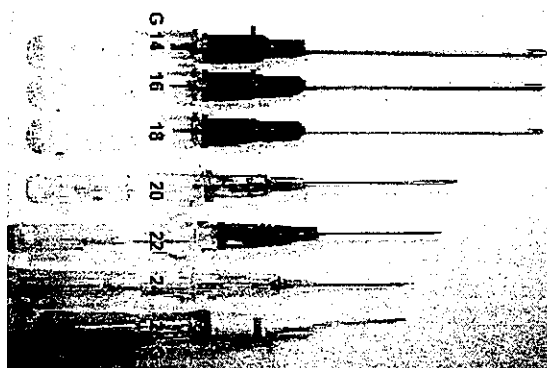
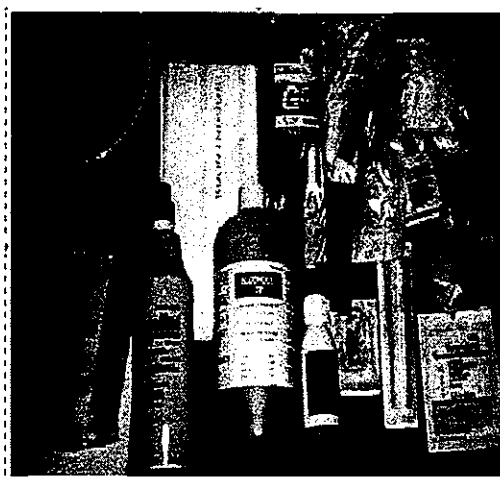
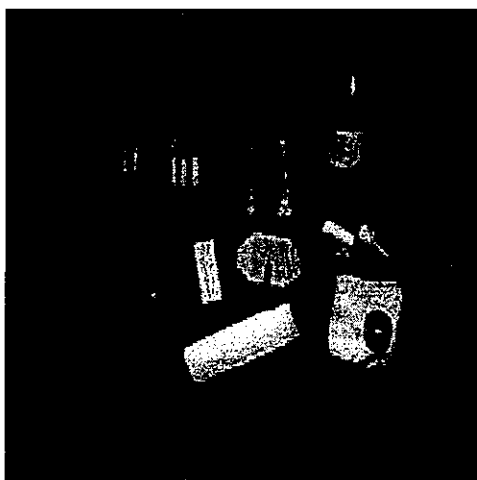
## IMAGENES

### • Tipos De Venas

000118



### • Materiales





PERÚ

Ministerio  
de Salud

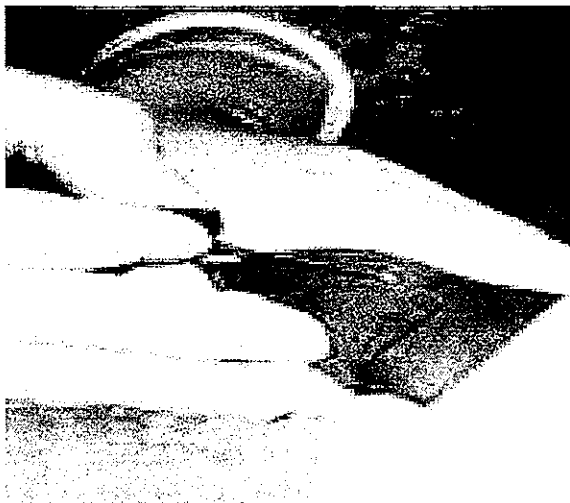
Instituto de Gestión  
de Servicios de Salud

Instituto Nacional de Salud del  
Niño - San Borja



## INSERCIÓN DEL CATETER

000119



## MANTENIMIENTO DEL CATETER



Fecha: Agosto 2016

Código: GP-0010/INSN- SB UE-V.01

Página 12 de 12







PERÚ

Ministerio  
de Salud

Instituto de Gestión  
de Servicios de Salud

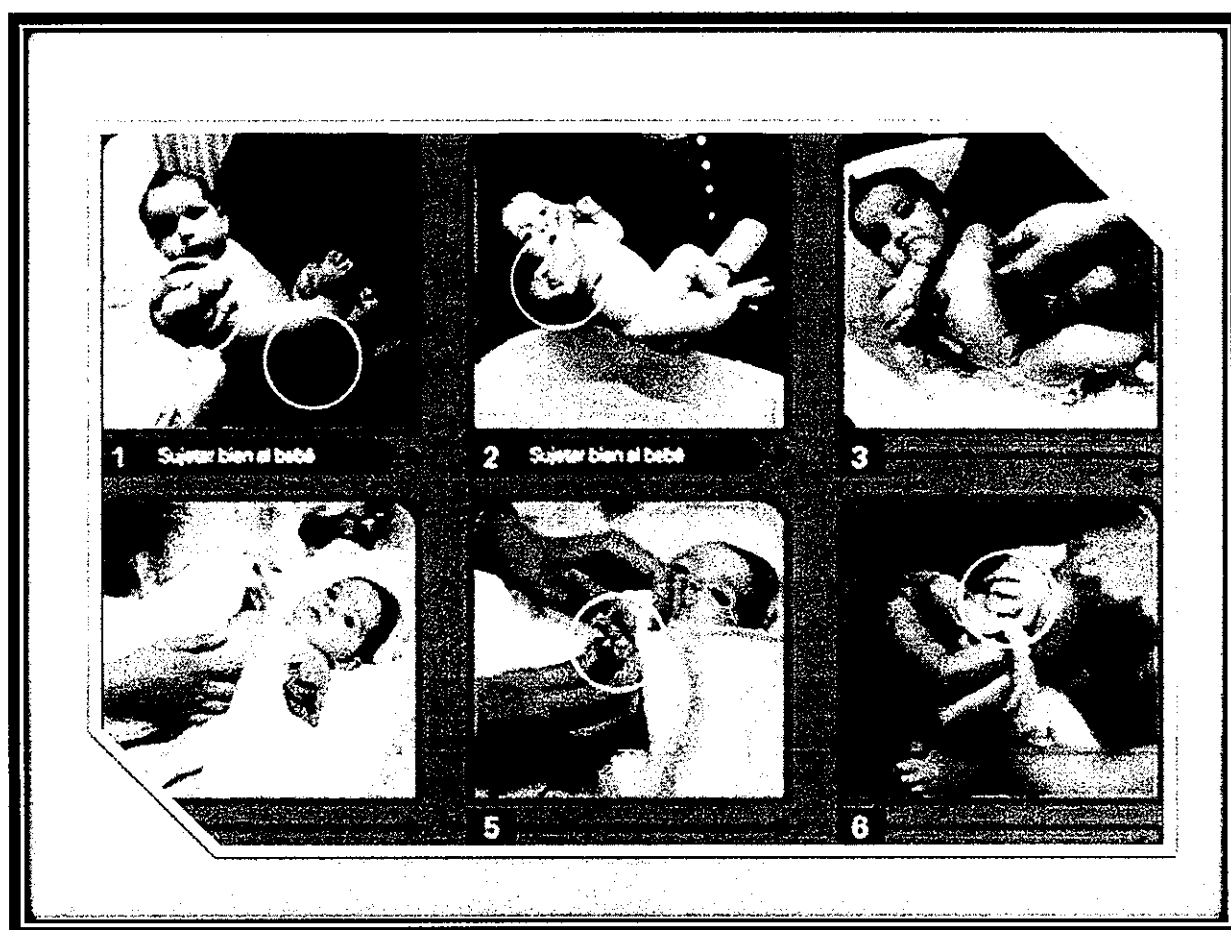


000120

# **GUIA DE PROCEDIMIENTO**

## **HIGIENE DEL PACIENTE CRÍTICO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

### **UNIDAD DE ENFERMERIA**



<b>ELABORADO POR:</b> UNIDAD DE ENFERMERÍA	<b>REVISADO POR:</b> UNIDAD DE ENFERMERIA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	<b>APROBADO POR:</b> <b>DRA. ZULEMA TOMAS GONZALES</b> Directora de Instituto Especializado del Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja
---	--	--



Fecha: Agosto 2016

Código: GP-0011/INSNSB/ UE/V.01

Página 1 de 16



PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud del Niño  
Unidad de Gestión de la Enfermería

000121

## GUÍA DE PROCEDIMIENTO: HIGIENE DEL PACIENTE CRÍTICO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

### CONTENIDO

I	NOMBRE Y CÓDIGO.....	2
II	DEFINICIÓN.....	3
III	INDICACIONES.....	3
IV	CONTRAINDICACIONES.....	3
V	REQUISITOS: CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	4
VI	RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR .....	4
VII	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO .....	5
VIII	LIMITACIÓN Y VALIDEZ DE LOS RESULTADOS.....	7
IX	COMPLICACIONES.....	7
X	AUTORES, FECHA Y LUGAR.....	8
XI	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	9
XII	ANEXOS.....	9



**I. NOMBRE Y CÓDIGO**

Guía de procedimiento: Higiene del Paciente Pediátrico Crítico.

**II.- DEFINICIÓN****▪ Definición del procedimiento**

Conjunto de medidas higiénicas que el personal de enfermería debe llevar a cabo para mantener el aseo, confort, seguridad y bienestar del paciente pediátrico hospitalizado. Incluyen los procedimientos de higiene localizada de: la superficie corporal, ojos, boca y genitales.

**▪ Aspectos epidemiológicos importantes.**

Es un nivel de control preventivo que minimiza el riesgo de infecciones; previene lesiones de piel, posibles irritaciones, reduce la colonización bacteriana en las mucosas y activa la circulación.

**III. INDICACIONES****INDICACIONES ABSOLUTAS.**

- Todo paciente hospitalizado, según corresponde en relación a su: estado de salud, edad, género y/o condiciones especiales.

**INDICACIONES RELATIVAS.**

- Valorar períodos de reposo y sueño del niño.
- Valorar procedimientos especiales que se puedan realizar.

**II. CONTRAINDICACIONES**

- Paciente que presente inestabilidad hemodinámica (preferencia 6 horas previas)

**III. REQUISITOS: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

No corresponde.



**VI. RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR****6.1 EQUIPOS BIOMÉDICOS**

- Monitor Multiparámetros
- Pulsoxímetro

**6.2 MATERIAL MÉDICO NO FUNGIBLE**

- (1) lavatorio de acero quirúrgico
- (1) Riñonera
- 01 Recipiente/ jarra para agua fría
- 01 Recipiente/ jarra para agua caliente
- (1) bolsa para ropa sucia
- Ropa de cama: 2 sábanas, 01 solera, 02 toallas de baño, bata/pijama, 02 pañal de franela

**6.3 MATERIAL MÉDICO FUNGIBLE**

- Jabón líquido Neutro
- Shampoo Neutro
- Pañal descartable según necesidad
- Mascarillas descartables
- Mandilones descartables
- Gorros descartables.
- Pares guantes limpios
- Paño absorbentes / esponja jabonosa para aseo
- Gasas estériles según necesidad
- Esparadrapo.
- Apósitos adhesivos
- Útiles de aseo personal: peine corta uñas, cremas humectantes





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de Salud

000124

**VII. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.****LAVADO DE CABELLO**

1. Realizar el lavado de manos
2. Preparar el equipo y llevarlo a la unidad del paciente.
3. Informar al paciente sobre el procedimiento
4. Aplicar medidas de individualidad
5. Colocarse guantes.
6. Retirar la almohada o cojín.
7. Colocar al paciente en decúbito supino y horizontal, colocando una toalla alrededor del cuello
8. Colocar lavatorio debajo de la cabeza del paciente
9. Cubrir los ojos del paciente con gasas y los oídos con torundas.
10. Verter el agua en el lavamanos.
11. Mojar el cabello, aplicar el jabón y Shampoo lavar el cabello dando masaje al cuero cabelludo.
12. Enjuagar el cabello
13. Repetir el procedimiento las veces que sea necesario.
14. Retirar gasas y torundas.
15. Retirar el lavatorio.
16. Colocar el cabello entendido sobre la toalla.
17. Secar el cabello con otra toalla.
18. Retirar las toallas y bolsa de plástico.
19. Peinar al paciente.
20. Dejar cómodo al paciente.
21. Retirar el equipo y dar los cuidados posteriores a su uso.

**HIGIENE EN PACIENTE DEPENDIENTE****❖ ANTES:**

1. La enfermera realiza la valoración del niño e informa y registra signos de alarma
2. Lavado de manos clínico según guía institucional
3. La enfermera prepara el material necesario.
4. La enfermera informa al paciente el procedimiento a realizar.



Fecha: Agosto 2016

Código: GP-0011/INSNSB/ UE/V.01

Página 5 de 16



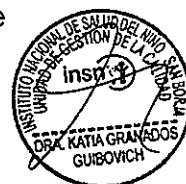


000125

5. La enfermera valora y preserva las condiciones del ambiente (temperatura, corriente de aire, individualidad, caídas, otros)
6. La Técnica enfermería alcanza los recipientes con agua fría y caliente.
7. El Personal que realiza el procedimiento se coloca el gorro, mascarilla, mandilón y guantes.
8. El personal posiciona al paciente aligera la ropa y cubiertas.
9. La enfermera aligera accesorios de monitoreo, manteniendo funcionando en todo momento la saturación de O2, EKG según corresponda.

#### DURANTE

10. Desnudar al paciente, cubriendo su cuerpo con un pañal de tela
11. Lavar el cabello del paciente según guía.
12. Iniciar el lavado del paciente con agua clara sin jabón; primero los ojos desde el ángulo interno hasta el externo.
13. Lavar la cara empezando por la frente, las mejillas, orejas y cuello.
14. Valorar el oído la necesidad de higiene y proceda sólo a la limpieza del pabellón externo con una gasa siguiendo la forma de la oreja.
15. Lavar con agua y jabón el cuello, axilas y brazos, friccionando suavemente con movimientos circulares, luego enjuagar y secar.
16. Permitir que el paciente introduzca sus manos en el lavatorio, jabonar, enjuagar y secar
17. Lavar con agua y jabón, primero la zona anterior y luego la zona posterior del tórax y abdomen, luego enjuagar y secar.
18. Cambie de agua, mantener en todo momento al paciente cubierto con pañal de franela según se vaya avanzando con la higiene.
19. Permitir que el paciente introduzca los pies en forma alternada, lavar, enjuagar y secar, empezando desde los pies hacia la región inguinal.
20. Cambiarse los guantes.
21. Realizar higiene de los genitales según guía.
22. Cambiarse los guantes
23. Verificar el correcto secado de la piel, valorar el estado de la piel y aplicación de soluciones hidratantes.
24. Recolocar dispositivos de monitoreo invasivos y/o no invasivos.
25. Realizar el cambio o retiro de adhesivos, apósitos, campos, etc.
26. Realizar el cambio de ropa de cama, entre 2 personas.





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de Salud

000126

27. La Técnica enfermería realiza la limpieza y desinfección del colchón con solución de amonio cuaternario.
28. Vestir al paciente, peinarlo y verificar el estado de las uñas.
29. La higiene de la boca se realizará según guía y según corresponda.
30. Dejar al paciente cómodo y posicionado.
31. De ser necesario aplicar medidas de sujeción, según guía.
32. Retirar los materiales y realizar la segregación de residuos sólidos.
33. Ordenar y limpiar el entorno de la unidad del paciente según guía.
34. Realizar el lavado de manos.
35. Registrar el procedimiento.

### HIGIENE DE GENITALES

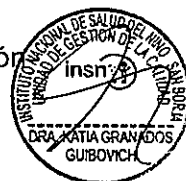
1. Lavado de manos clínico según guía institucional
2. La enfermera prepara el material necesario.
3. La enfermera informa al paciente el procedimiento a realizar.
4. La enfermera valora y preservar las condiciones del ambiente ( individualidad)
5. La Técnica enfermería alcanza los recipientes con agua temperada.
6. El personal posiciona al paciente y descubre la región genital.
7. La enfermera se calza los guantes

### MUJERES

- Iniciar el lavado de los genitales externos de arriba hacia abajo y de adentro hacia afuera, (monte de venus, labios mayores, labios menores, vestíbulo perineal y región anal.
- Enjuague a chorro con abundante agua de arriba hacia abajo.
- Secar los genitales por orden: pubis, labios mayores, labios menores, vestíbulo perianal y región anal.

### VARONES:

- Iniciar los genitales externos, pene y testículos por arrastre, con agua y solución jabonosa, limpiando la zona del meato, con ayuda de gasas
- Bajar el prepucio y glande, enjuagar y secar suavemente.
- Por último lavar la zona anal, de adelante hacia atrás y de adentro hacia afuera.





000127

- Secar la zona en el mismo orden de inicio del lavado.
  - Si es portador de sonda vesical limpiar alrededores de la zona de inserción de la sonda y posteriormente se realiza la desinfección o cambio del sistema de colección de orina.
8. Retirar los materiales y realizar la segregación de residuos sólidos.
  9. Dejar cómodo al paciente.
  10. Ordenar y limpiar el entorno de la unidad del paciente.
  11. Realizar el lavado de manos.
  12. Registrar el procedimiento.

### CUIDADOS DE LA PIEL

1. Utilizar el esparadrapo o adhesivo lo menos posible.
2. Aplicar una barrera protector cutáneo entre la piel y todos los esparadrapos o adhesivos
3. Aplicar también estas barreras protectoras sobre la piel excoriada.
4. Alternar la colocación de los electrodos y evitar los adhesivos estándar gelificados.  
Retirar los adhesivos con una gasa empapada en agua tibia o una pequeña cantidad de jabón suave

### HIGIENE BUCAL

1. Lavado de manos clínico
2. La Enfermera se colocará mascarilla descartable.
3. Preparar el material a utilizar ( 02 Hisopos con solución , aspirador, riñonera, agua bicarbonatada, toalla de cara, bolsa para desecho de residuo)
4. Explicar el procedimiento la paciente.
5. Posicionar al paciente 30°, semi Fowler – Fowler, según corresponda.
6. Extender la toalla sobre el cuello y pecho del paciente, colocando la riñonera debajo de su barbilla.
7. Humedecer la mucosa bucal, pincelar con el hisopo la zona interna con movimientos suaves y rotatorios, Lengua, paladar, dientes y encías. eliminar el hisopo.
8. Continuar la limpieza en el maxilar inferior, y la cara interna de las mejillas.
9. Realizar la aspiración de secreciones según necesidad.





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de Salud

000128

10. De ser necesario aplicar capa de solución hidrosoluble.
11. Verificar el estado de la mucosa.
12. Secar la cara del paciente y retirar la toalla del paciente.
13. Retirarse los guantes.
14. Posicionar y dejar cómodo al paciente.
15. Eliminar los residuos de desecho
16. Registrar el procedimiento.

### CAMBIO DE PAÑAL

1. Lavado de manos clínico
  2. Preparar el material a utilizar (pañós húmedos, pañal, crema protectora,
  3. Realizar el doble calzado de guantes
  4. Colocar Un protector de cama debajo de la zona glútea
  5. Colocar una bolsa para desechos
  6. Con una mano sujetar e inmovilizar los miembros inferiores.
  7. Con la otra mano se procede a realizar la limpieza con el paño húmedo de arriba hacia abajo y de adentro hacia afuera, repetir cuantas veces sea necesario, teniendo el cuidado de eliminar los paños utilizados dentro de la bolsa de desechos.
  8. Secar y retirarse los guantes.
  9. Colocar el pañal limpio.
- 10. Eliminar los desechos de residuo sólido**
11. Valorar el estado de la piel y considerar la aplicación de protector cutáneo
  12. Registrar el procedimiento

### VIII.- LIMITACIONES Y VALIDEZ DE RESULTADOS

La validez de los resultados implica contar con los insumos, materiales y recursos solicitados como requisito en la presente guía, lo que garantizara la seguridad del procedimiento.



Fecha: Agosto 2016

Código: GP-0011/INSNSB/ UE/V.01

Página 9 de 16

**IX. COMPLICACIONES**

El tiempo de duración del procedimiento es importante, para evitar:

Inestabilidad hemodinámica, Hipotermia, alteraciones en la integridad de la piel y mucosas y contaminación de puntos de accesos invasivos.

**X. AUTORES. FECHA Y LUGAR**

Unidad de Enfermería – Agosto 2016

Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja- Agosto 2016

Vigencia de la Guía de Procedimientos – 02 años a partir de su aprobación con Resolución Directoral.

**XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

- Cloherty, Stark. Manual de Cuidados de Enfermería 3era Edición 2006 .Editorial Masson
- Tamez, Silva. Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivo 2006 Asistencia al recién nacido de alto riesgo. 3era Edición. Editorial Médica Panamericana.





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de Salud

000130

**XI.- ANEXO**

LISTA DE CHEQUEO		SI	NO
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La enfermera realiza la valoración del niño, e informa y registra signos de alarma.</li> <li>2. Realiza Lavado de manos clínico según guía institucional.</li> <li>3. La enfermera prepara el material necesario.</li> <li>4. La enfermera informa al paciente el procedimiento a realizar.</li> <li>5. La enfermera valora y preserva las condiciones del ambiente (temperatura, corriente de aire, individualidad, caídas, otros)</li> <li>6. La Técnica enfermería alcanza los recipientes con agua fría y caliente.</li> <li>7. La enfermera y técnico que realiza el procedimiento se coloca el gorro, mascarilla, mandilón y guantes. La enfermera posiciona al paciente y aligera ropa y cubiertas.</li> <li>8. La enfermera aligera accesorios de monitoreo, manteniendo funcionando en todo momento la saturación de O2, EkG según corresponde</li> <li>9. Desnuda al paciente, cubriendo solo sus genitales.</li> <li>10. Lava el cabello del paciente según guía.</li> <li>11. Realiza Cambio de guantes.</li> <li>12. Inicia a lavar al paciente con agua clara sin jabón, primero los ojos y rostro luego seca.</li> <li>13. Limpia los ojos desde el ángulo interno hasta el externo, enjuaga y seca.</li> <li>14. Lava la cara empezando por la frente, las mejillas, orejas y cuello.</li> <li>15. Valora la higiene del oído y proceda sólo a la limpieza del pabellón externo con una gasa siguiendo la forma de la oreja.</li> <li>16. Lava con agua y jabón el cuello, axilas y brazos, friccionando suavemente con movimientos circulares, luego enjuaga y seca.</li> <li>17. Permite al paciente introducir sus manos en el lavatorio, jabona, enjuaga y seca.</li> <li>18. Lava con agua y jabón, primero la zona anterior y luego la zona posterior del tórax y abdomen, luego enjuaga y seca.</li> <li>19. Cambia de agua, mantiene en todo momento al paciente cubierto con pañal de franela según se vaya avanzando con la higiene.</li> <li>20. Permite al paciente introducir los pies en forma alternada, lava, enjuaga y seca, empezando desde los pies hacia la región inguinal.</li> <li>21. Realiza Cambio de guantes.</li> <li>22. Realiza higiene de los genitales según guía. Realiza cambio de guantes.</li> <li>23. Verifica el correcto secado de la piel, valora el estado de la piel y aplica soluciones hidratantes.</li> <li>24. Recoloca dispositivos de monitoreo invasivos y/o no invasivos</li> <li>25. Realiza el cambio o retiro de adhesivos, apósitos.</li> <li>26. Realiza el cambio de ropa de cama, entre 2 personas</li> <li>27. La Técnica en enfermería realiza la limpieza y desinfección del colchón con solución de amonio cuaternario.</li> <li>28. Viste al paciente, peina y verifica el estado de las uñas</li> <li>29. Realiza higiene de boca según guía clínica.</li> <li>30. Deja al paciente cómodo y posicionado.</li> <li>31. De ser necesario aplicar medidas de sujeción, según guía</li> <li>32. Retira los materiales y realiza la segregación de residuos sólidos.</li> <li>33. Ordena y limpia el entorno de la unidad del paciente según guía.</li> <li>34. Realizar el lavado de manos.</li> <li>35. Registrar el procedimiento</li> </ol>			
Fecha: Agosto 2016	Código:GP-0011/INSNSB/ UE/V.01	Página 11 de 16	





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de Salud

000131

## LISTA DE CHEQUEO DE LAVADO DE CABELLO

PROCEDIMIENTO	SI	NO
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realiza el lavado de manos.</li> <li>2. Prepara el equipo y lleva a la unidad del paciente.</li> <li>3. Informa al paciente sobre el procedimiento.</li> <li>4. Aplica medidas de individualidad.</li> <li>5. Se calza los guantes.</li> <li>6. Retira la almohada o cojín.</li> <li>7. Coloca al paciente en decúbito supino y horizontal colocando una toalla alrededor del cuello.</li> <li>8. Coloca el lavatorio debajo de la cabeza del paciente.</li> <li>9. Cubre los ojos del paciente con gasas y oídos con torundas.</li> <li>10. Verte el agua en el lavamanos.</li> <li>11. Moja el cabello, aplica el jabón y Shampoo lava el cabello dando masaje al cuero cabelludo.</li> <li>12. Enjuaga el cabello.</li> <li>13. Repite el procedimiento las veces que sea necesario.</li> <li>14. Retira gasas y torundas.</li> <li>15. Retira el lavatorio.</li> <li>16. Coloca el cabello entendido sobre la toalla.</li> <li>17. Seca el cabello con otra toalla.</li> <li>18. Retira las toallas y bolsa de plástico.</li> <li>19. Peina al paciente.</li> <li>20. Deja cómodo al paciente.</li> <li>21. Retira el equipo y dar los cuidados posteriores a su uso.</li> <li>22. Realiza anotaciones de enfermería.</li> </ol>		



Fecha: Agosto 2016

Código: GP-0011/INSNSB/ UE/V.01

Página 12 de 16



PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de Salud

000132

## LISTA DE CHEQUEO HIGIENE BUCAL

PROCEDIMIENTO	SI	NO
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realiza Lavado de manos clínico.</li> <li>2. La Enfermera se coloca mascarilla descartable.</li> <li>3. Prepara el material a utilizar (02 Hisopos con solución, aspirador, riñonera, agua bicarbonatada, toalla de cara, bolsa para desecho de residuo).</li> <li>4. Explica el procedimiento la paciente.</li> <li>5. Posiciona al paciente 30°, semi fowler – fowler.</li> <li>6. Coloca la toalla sobre el cuello y pecho del paciente, la riñonera debajo de su barbilla.</li> <li>7. Humedece la mucosa bucal, pincela con el hisopo la zona interna con movimientos suaves y rotatorios, Lengua, paladar, dientes y encías. elimina el hisopo.</li> <li>8. Continúa la limpieza en el maxilar inferior, y la cara interna de las mejillas.</li> <li>9. Realiza la aspiración de secreciones según necesidad, de ser necesario aplicar capa de solución hidrosoluble.</li> <li>10. Verifica el estado de la mucosa.</li> <li>11. Seca la cara del paciente y retirar la toalla del paciente.</li> <li>12. Se retira los guantes.</li> <li>13. Posiciona y deja cómodo al paciente.</li> <li>14. Elimina los residuos de desecho</li> <li>15. Registra el procedimiento.</li> </ol>		



Fecha: Agosto 2016

Código:GP-0011/INSNSB/ UE/V.01

Página 13 de 16





PERÚ

Ministerio  
de SaludInstituto de Gestión  
de Servicios de SaludInstituto Nacional de Salud  
del Niño - San Borja

000133

## LISTA DE CHEQUEO HIGIENE GENITAL

PROCEDIMIENTO	SI	NO
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realiza lavado de manos clínico según guía institucional</li> <li>2. La enfermera prepara el material necesario.</li> <li>3. La enfermera informa al paciente el procedimiento a realizar.</li> <li>4. La enfermera valora y preserva las condiciones del ambiente ( individualidad)</li> <li>5. La Técnica enfermería alcanza los recipientes con agua temperada.</li> <li>6. La enfermera posiciona al paciente y descubre la región genital.</li> <li>7. La enfermera se calza los guantes</li> </ol> <p><b>MUJERES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicia el lavado de los genitales externos de arriba hacia abajo y de adentro hacia afuera, (monte de venus, labios mayores, labios menores, vestibulo perineal y región anal.</li> <li>• Enjuaga a chorro con abundante agua de arriba hacia abajo.</li> <li>• Seca los genitales por orden: pubis, labios mayores, labios menores, vestibulo perianal y región anal.</li> </ul> <p><b>VARONES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicia el lavado con los genitales externos, pene y testículos por arrastre, con agua y solución jabonosa, limpiando la zona del meato, con ayuda de gasas</li> <li>• Baja el prepucio y glande, enjuaga y seca suavemente.</li> <li>• Lavar la zona anal, de adelante hacia atrás y de adentro hacia afuera.</li> <li>• Seca la zona en el mismo orden de inicio del lavado.</li> <li>• Limpia alrededores de la zona de inserción de la sonda y posteriormente se realiza la desinfección o cambio del sistema de colección de orina.</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Retira los materiales y realiza la segregación de residuos sólidos.</li> <li>9. Deja cómodo al paciente.</li> <li>10. Ordena y limpia el entorno de la unidad del paciente.</li> <li>11. Realiza el lavado de manos.</li> <li>12. Registra el procedimiento.</li> </ol>		



Fecha: Agosto 2016

Código:GP-0011/INSNSB/ UE/V.01

Página 14 de 16



000134

## LISTA DE CHEQUEO DE CAMBIO DE PAÑAL

PROCEDIMIENTO		
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Realiza lavado de manos clínico.</li><li>2. Prepara el material a utilizar (paños húmedos, pañal, crema protectora.</li><li>3. Realiza el doble calzado de guantes.</li><li>4. Coloca Un protector de cama debajo de la zona glútea.</li><li>5. Coloca una bolsa para desechos.</li><li>6. Con una mano sujeta e inmoviliza los miembros inferiores.</li><li>7. Con la otra mano realiza la limpieza con el paño húmedo de arriba hacia abajo y de adentro hacia afuera, repite cuantas veces sea necesario, eliminar los paños utilizados dentro de la bolsa de desechos.</li><li>8. Seca y retira los guantes.</li><li>9. Coloca el pañal limpio.</li><li>10. Elimina los desechos de residuo sólido.</li><li>11. Valora el estado de la piel y considera la aplicación de protector cutáneo.</li><li>12. Registra el procedimiento.</li></ol>		





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto de Gestión de Servicios de Salud

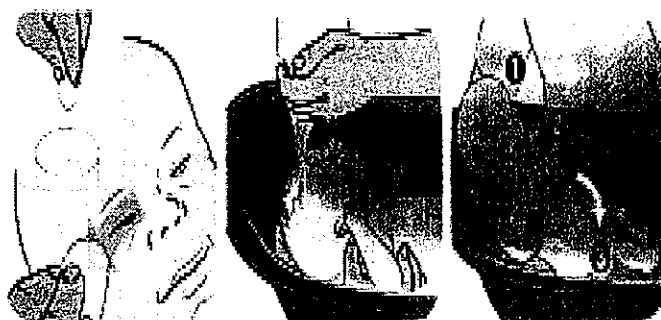
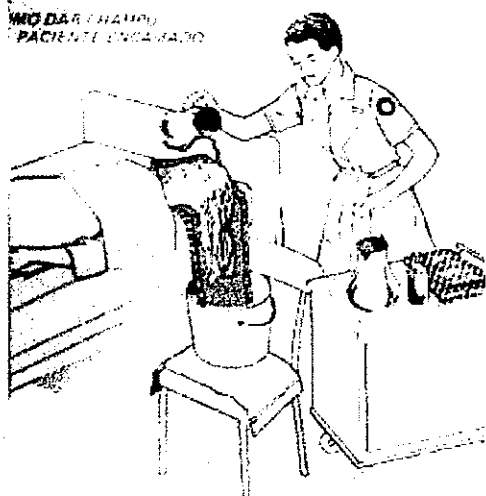
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO  
del Niño - 2007



000135



MO DART HAMP  
PACIENTE ENFERMO



Fecha: Agosto 2016

Código:GP-0011/INSNSB/ UE/V.01

Página 16 de 16