



ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR VÍA PARENTERAL

DEFINICIÓN: son los procedimientos para proporcionar medicamentos a los usuarios, mediante una punción que alcanza diferentes niveles de profundidad en los tejidos.

Las vías parenterales pueden ser:

- Intradérmica (id)
- Subcutánea (sc)
- Intramuscular (im)
- Intravenosa (iv)

VALORACIÓN:

- Valore las características de la piel del usuario en los sitios de inyección.
- Valore el estado clínico del usuario que permita comprensión y cooperación del procedimiento.
- Reconozca tipo de medicamento, sus efectos esperados y colaterales.
- Identifique posibles alergias al medicamento que se va administrar.
- Evalúe el grado de conocimiento del usuario del tratamiento que se administra.

OBJETIVOS:

- Administrar el medicamento con fines diagnósticos y/o terapéuticos respetando los 5 exactos.

ADMINISTRAR POR VIA INTRADERMICA.

Definición: procedimiento por medio del cual se inyectan pequeñas dosis de soluciones con fines terapéuticos o fines diagnósticos en una de las capas de la piel llamada **DERMIS**. La dosis que se inyecta no es más allá de 0,1ml. Se utiliza para Test de alergia, de Tuberculosis y algunas vacunas como la BCG.

Sitios de punción: las zonas del cuerpo que más se utilizan son: el tercio medio del antebrazo en la cara anterior y la zona subescapular.

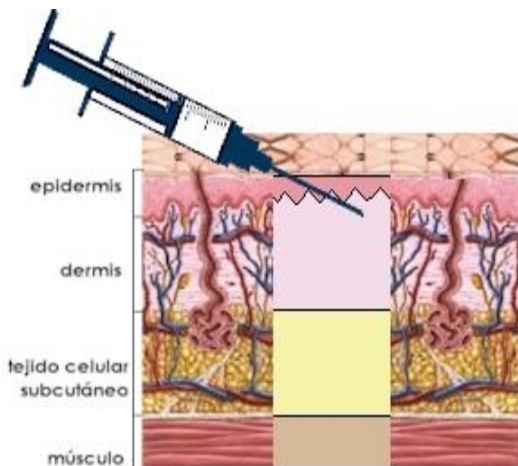
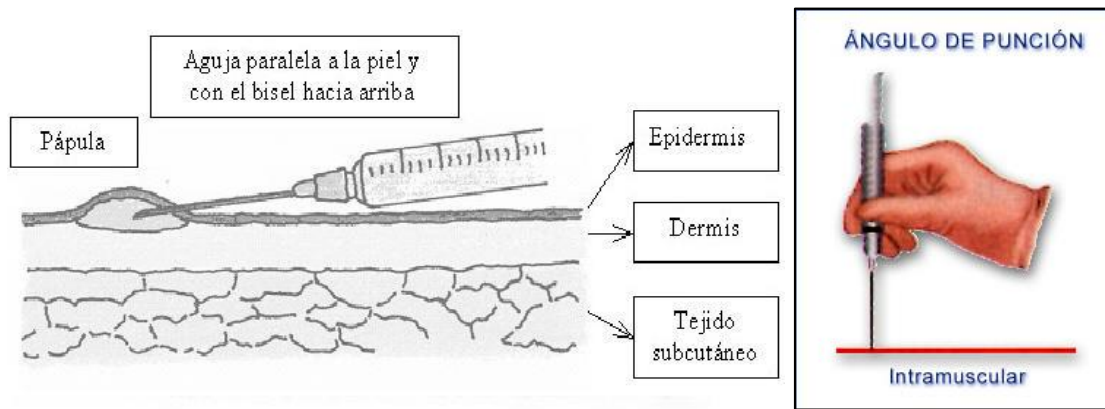


Figura 1.- Vía intradérmica

Equipo:

Bandeja con:
- Riñón estéril.

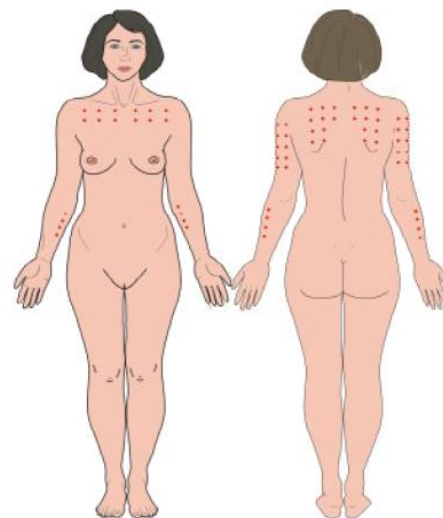
- Jeringa de 3cc o jeringa de Tuberculina estéril.
- Aguja estéril para aspirar la solución.
- Aguja intradérmica estéril.
- Solución a inyectar.
- Pinza.
- Tómulas de algodón secas y otras impregnadas con solución antiséptica.
- Depósito para desechos y material cortopunzante.
- Tarjeta con indicación.



Procedimiento:

- 1.- Reúna el equipo y prepare la solución a inyectar.
- 2.- Identifique al paciente verbalmente y verifique la indicación.
- 3.- Vacuna BCG: ubique cara externa del brazo izquierdo en la unión del tercio superior con el tercio inferior (RN 3 cms del vértice del hombro y en preescolares 4 cms del vértice del hombro).
- 4.- Desinfecte la piel con una tómula impregnada de solución antiséptica y espere a que seque.
- 5.- Traccione la piel y puncione en un ángulo de 15° con el bisel de la aguja hacia arriba.
- 6.- Haga avanzar la aguja bajo la primera capa de la piel, es decir, la epidermis de modo de observar el bisel a través de ella.
- 7.- Inyecte la solución de 0,1 ml formando una pápula del tamaño de una lenteja.
- 8.- Retire suavemente la aguja.
- 9.- Seque con una tómula seca las zonas vecinas de la pápula sin presionar esta.
- 10.- Lávese las manos y registre.

Nota: - Si se trata de un test cutáneo, se debe realizar en subescapular o en el antebrazo, se debe registrar hora y leer el resultado (medición de la induración de la pápula).
 - La inyección de la solución siempre debe formar una pápula.
 - Educar al paciente en relación a la protección de la



la zona
 día en que se debe
 pápula.
 pápula.

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR SUBCUTANEA

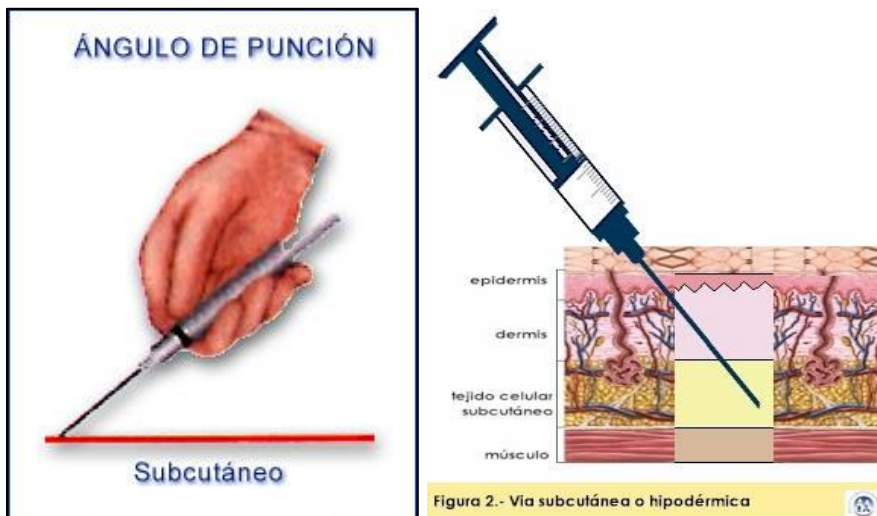
Definición: es el proceso por medio del cual se inyecta en el tejido subcutáneo una cierta cantidad de una solución, la cual puede ser de 0,5 a 1ml. Esta vía tiene la ventaja de tener una absorción casi completa del medicamento siempre cuando la circulación sea la adecuada, pero a su vez también posee una desventaja que es la de alterar una de las barreras del organismo que lo protege contra las infecciones, la Piel. Otra de las desventajas es que no se pueden utilizar medicamentos irritantes y con mucha solución.

VIA
 administra en el
 cual, varía de 0,5 a

Sitio de inyección: el tejido subcutáneo es el que se encuentra justo debajo de la piel, tiene menos receptores sensoriales que la piel, por lo cual es relativamente indolora. Los sitios más utilizados son: brazos (especialmente la cara externa en el tercio medio), la cara anterior y lateral del muslo y la parte baja del abdomen, ocasionalmente se utiliza la región subescapular.

En algunas ocasiones, cuando los pacientes necesitan continuas dosis de medicamentos administrados en forma subcutánea, se debe ir rotando los sitios de punción e ir registrándolos cada vez, es útil realizar un bosquejo del cuerpo humano con las regiones de la piel que deben utilizarse, indicando la rotación de las inyecciones.

Previo al procedimiento debemos valorar las características de la piel a puncionar, el estado clínico del paciente, posibles alergias al medicamento, conocimiento sobre efectos esperados y colaterales.



Equipo:

Bandeja con:

- Riñón estéril.
- Jeringa estéril.
- Aguja estéril de calibre N° 23-24-25-26,
- Pinza anatómica.
- Aguja para aspirar el fármaco.
- Medicamento a inyectar.
- Depósito con tómulas secas y otro con tómulas impregnadas de solución antiséptica.
- Depósito de material cortopunzantes otro para desechos.
- Tarjeta o ficha con la indicación

Procedimiento:

- 1.- Reúna el material.
- 2.- Lávese las manos y prepare el medicamento, luego déjelo en el riñón estéril.
- 3.- Acuda al lado del paciente e identifíquelo verbalmente y verifique la indicación médica con la ficha medica.
- 4.- Explíquelo al paciente el procedimiento y sus efectos esperados.
- 5.- Acomode al paciente en la posición que más le sirva para el sitio a puncionar.
- 6.- Si elige el brazo pídale al paciente que lo flecte sobre el pecho para permitir la relajación de la zona.
- 7.- Limpie la zona a puncionar con una tómula de algodón impregnada con alcohol o solución antiséptica, en un solo sentido y espere a que se seque la piel.
- 8.- Con la mano derecha tome la jeringa entre el dedo pulgar, índice y mediano y coloque entre el dedo meñique y anular de la misma mano una tómula de algodón seca.
- 9.- Con la mano izquierda haga un pliegue en la zona a puncionar, tomando el tejido subcutáneo e inserte la aguja con un movimiento rápido y seguro en un ángulo de 45° a 60° y con una profundidad de +/- 2 cms.
- 10.- Se suelta el pliegue de la piel y se fija la jeringa con la mano libre, luego se aspira para asegurarse de que la aguja no a caído en un vaso sanguíneo y no refluya sangre.

11.-Se introduce el líquido lentamente, presionando el émbolo con el pulgar.

12.-Coloque el algodón seco de la mano izquierda al lado de la aguja y retírela con un movimiento rápido y seguro y luego comprima realizando un masaje circular para favorecer la dispersión del medicamento.

13.-Deje cómodo al paciente.

14.-Lávese las manos y elimine el material contaminado y el resto guárdelo.

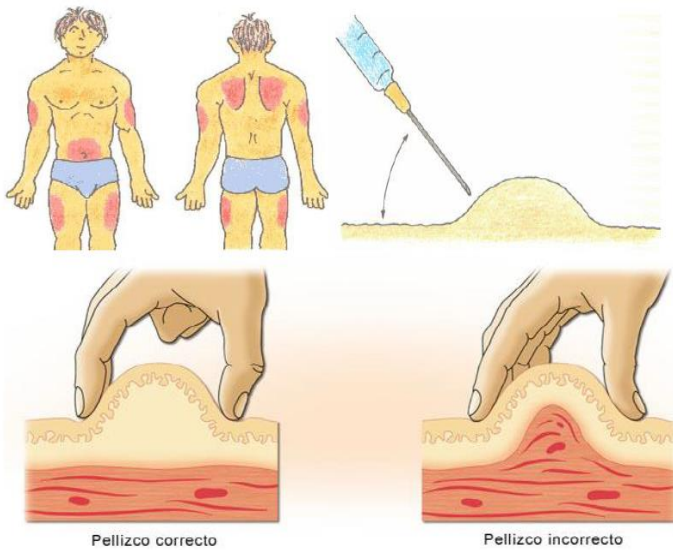
15.-Registre el procedimiento.

NOTA: - Tener siempre presente los 5 exactos.

- Utilizar siempre una técnica aséptica.

- Educar al paciente y familia sobre características del procedimiento especialmente en aquellos pacientes Diabéticos.

- Al preparar el medicamento se debe dejar la jeringa con una pequeña burbuja de aire para permitir la expulsión de todo el líquido.



INSULINOTERAPIA

Definición: es el procedimiento por el cual se administra insulina a través de la vía subcutánea o intravenosa a un usuario que padece Diabetes Mellitus u otra enfermedad que afecte el Páncreas.

Valoración:

- 1.- Identifique tipo de insulina indicada y sus características.
- 2.- Valore conocimientos de la persona y/o familia de los efectos de la insulina.
- 3.- Identifique los sitios de punción que utiliza el usuario (si es insulino dependiente) y posibles complicaciones.
- 4.- Evalúe controles de glicemia en relación al tratamiento.
- 5.- Infórmese de los horarios de alimentación del usuario.
- 6.- Identifique el sistema que usa el usuario para la administración de insulina.

Equipo:

- Riñón estéril.
- Insulina indicada.
- Tarjeta de identificación.
- Jeringa de insulina o lápiz.
- Guantes de procedimiento.
- Tórulas de algodón.
- Solución antiséptica.
- Solución fisiológica.
- Depósito para cortopunzante.

- Depósito para desechos.

Preparación de la insulina a administrar:

- 1.- Lávese las manos.
- 2.- Reúna su equipo y asegúrese que la insulina se mantenga refrigerada entre 2° y 8° o a temperatura ambiente si la usa dentro de las 4 semanas.
- 3.- Verifique tipo de insulina y fecha de vencimiento si es un frasco o cartucho nuevo coloque la fecha de inicio de uso.
- 4.- Retire la jeringa de insulina del envase y deposítela en el riñón estéril.
- 5.- Frote el frasco para homogenizar (NPH).
- 6.- Limpie la tapa del frasco con solución antiséptica.
- 7.- aspire en la jeringa de insulina tanto aire como cantidad de insulina indicada.
- 8.- Puncione la tapa e introduzca el aire en el frasco.
- 9.- Invierta el frasco y tire el émbolo justo por debajo de la marca equivalente a la dosis, cargando la insulina en la jeringa.
- 10.- Si hay burbujas en la jeringa elimínelas introduciendo la insulina en el frasco y vuelva a aspirar tirando del émbolo hacia debajo de la marca indicada.
- 11.- Si no hay presencia de burbujas tire el émbolo hasta la marca de la dosis indicada.
- 12.- Verifique por segunda vez el tipo de insulina y guarde el frasco.
- 13.- Si debe realizar una mezcla artesanal (2 tipo de insulina):
 - a) aspire con jeringa una dosis de aire equivalente a la dosis de insulina e introduzca el aire en el frasco de insulina NPH.
 - b) Retire la jeringa.
 - c) Introduzca en el frasco de insulina rápida una dosis de aire equivalente a la dosis indicada.
 - d) Invierta el frasco y aspire las unidades de insulina rápida a inyectar.
 - e) Introduzca la misma jeringa en el frasco de insulina NPH.
 - f) Invierta el frasco y aspire las unidades de NPH a inyectar.
 - g) Retire la aguja del frasco; si observa burbujas de aire tire el émbolo un poco hacia abajo y empújelo con suavidad cuidando de no eliminar insulina.
 - h) Verifique por tercera vez los tipos de insulina y guarde el frasco.
- 14.- Si la administración es mediante lápiz/penfill.
- 15.- Deposite la jeringa o lápiz/penfill en el riñón y acuda de inmediato a administrar la insulina al usuario.

Procedimiento:

Vía subcutánea con jeringa:

- 1.- Reúna el equipo, acuda al lado del usuario. Identifíquelo verbalmente, leyendo su nombre en la ficha clínica y/o brazalete y confronte con la tarjeta o registro de indicación, verifique la indicación médica.
- 2.- Explique el procedimiento al usuario.
- 3.- Lávese las manos y colóquese guantes.
- 4.- El sitio de punción va a depender de la zona de rotación establecida por la enfermera y/o usuario y el esquema de rotación debe estar registrado convenientemente.
- 5.- Proceda a administrar la inyección de acuerdo al procedimiento de administración por vía subcutánea.
- 6.- La aguja se introduce en un ángulo de 90° independientemente del lumen y largo de la aguja.
- 7.- Deje cómodo al usuario.
- 8.- Elimine la jeringa y aguja en depósito de cortopunzante. Retire el equipo y deje donde corresponde.
- 9.- Retírese los guantes y láveselas manos.
- 10.- Lea nuevamente la indicación en la tarjeta o registro correspondiente y archívela.
- 11.- Registre en hoja de enfermería hora, vía, dosis y tipo de insulina administrada, sitio de punción y persona responsable.

Vía subcutánea con lápiz:

- 1.- Reúna el equipo y llévelo al lado del usuario. Identifíquelo verbalmente leyendo en la ficha clínica y/o brazalete y verifique la indicación medica.
- 2.- Explique el procedimiento al usuario y/o familia.
- 3.- Lávese las manos.

- 4.- Extraiga el lápiz del estuche.
- 5.- Gire y quite la tapa y desenrosque el portacartucho. Introduzca el cartucho de insulina en el extremo que tiene la tapa con código de colores.
- 6.- Enrosque firmemente el mecanismo al portacartucho.
- 7.- Quite el sello protector de la aguja y enrosque firmemente la aguja a la tapa con código de colores.
- 8.- Antes de realizar la inyección es importante que aparezca una gota de insulina en la punta de la aguja.
- 9.- Compruebe que el selector de dosis este en cero.
- 10.- Gire el dosificador hasta el numero de unidades de insulina indicada.
- 11.- Lávese las manos y colóquese los guantes.
- 12.- Limpie la piel con antiséptico.
- 13.- El sitio de punción va a depender del esquema de rotación establecido por la enfermera y/o usuario en la zona de punción y debe estar registrado convenientemente.
- 14.- Haga el pliegue y puncione en 90°.
- 15.- Presione el botón de inyección desde las unidades marcadas hasta llegar a cero y cuente hasta 20 lentamente, sin retirar la aguja de la piel.
- 16.- mantenga presionado el botón a fondo, retírela aguja lentamente presionar con suavidad el sitio de punción seco y no frotar.
- 17.- Deje cómoda a la persona.
- 18.- Elimine la aguja del lápiz/penfill en el depósito de cortopunzante. Retire el equipo, llévelo al área sucia para su procesamiento.
- 19.- Retírese los guantes y lávese las manos.
- 20.- Lea nuevamente la indicación en la tarjeta o registro de indicaciones y archívela.
- 21.- Registre, anote en la hoja de enfermería: hora, vía, tipo y dosis de insulina administrada, sitio de punción y nombre de la persona responsable.

ADMINISTRACIÓN DE HEPARINA

Valoración:

- 1.- Valore el conocimiento del usuario y familia de los efectos y complicaciones del tratamiento anticoagulante.
- 2.- Valore la aparición de sangramiento (gingivorragia, epistaxis, hematuria u otro)
- 3.- Valore el cumplimiento de indicaciones e incorporación o suspensión de medicamentos que puede potenciar o inhibir la acción del anticoagulante.
- 4.- Infórmese de los valores de exámenes de coagulación.
- 5.- Infórmese de intervenciones quirúrgicas programadas.

Procedimiento:

- 1.- Reúna el equipo y llévelo al lado del paciente. Identifíquelo verbalmente, leyendo en la ficha clínica y/o brazalete. Confronte la tarjeta o registro con la indicación médica.
- 2.- Explique el procedimiento al usuario y/o familia.
- 3.- Lávese las manos y colóquese los guantes.
- 4.- Proceda según procedimiento de inyección cutánea.
- 5.- Utilice jeringa de 3ml y aguja de 25G.
- 6.- Al aspirar la heparina del frasco deje una burbuja de aire en la jeringa.
- 7.- Sitios de punción: en zona periumbilical, región lateral y posterior del brazo y parte anterior del muslo.
- 8.- Pellizque un pliegue de tejido abdominal, e inserte la aguja en un ángulo de 90° en tejido subcutáneo profundo y sin aspirar inyecte la heparina lentamente.
- 9.- Al finalizar la inyección del líquido, inyecte la burbuja de aire que tiene la jeringa.
- 10.- Retire la aguja y no masajee el sitio de punción.
- 11.- Acomode al usuario.
- 12.- Elimine cortopunzante, retire el equipo y envíe para su procedimiento.
- 13.- Retírese los guantes y lávese las manos.
- 14.- Lea nuevamente la indicación en la tarjeta o registro correspondiente y archívela.

15.- Registre en hoja de enfermería: fecha, hora, dosis, tipo de heparina, sitio de punción, observaciones del usuario, presencia de complicaciones y nombre de la persona responsable.

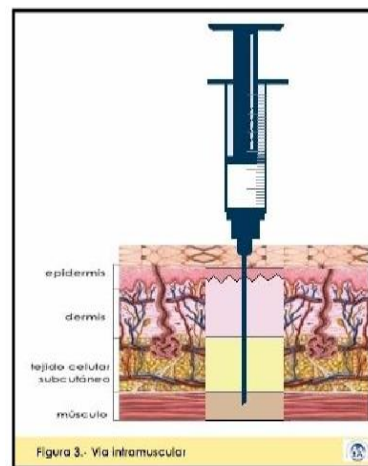
ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO POR VIA INTRAMUSCULAR.

Definición: es la inyección aplicada en tejido muscular, generalmente en músculo glúteo y a veces deltoides. Esta vía permite la introducción de cantidades hasta de 5ml, la absorción es más rápida que por vía subcutánea, por su vascularidad. Una desventaja es que hay peligro de lesionar nervios y vasos sanguíneos.

Sitio de Inyección:

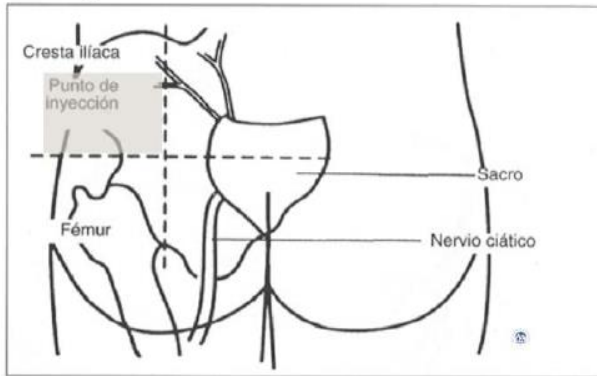
La elección del sitio de inyección va a depender de los siguientes factores:

- Talla y cantidad de tejido muscular disponible.
- Proximidad de vasos y nervios.
- Estado de la piel.
- Fármaco que se administra.

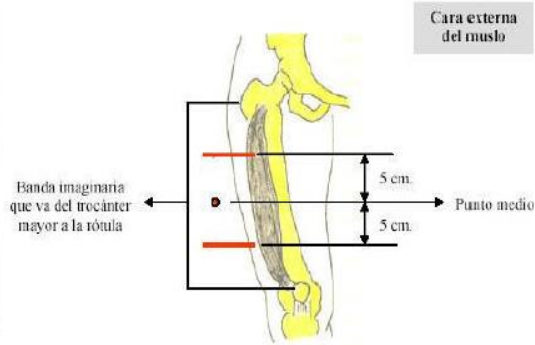


Los sitios de punción más utilizados son:

- 1.- **Músculo Deltoides:** se aplica 3 o 4 traveses de dedo debajo de la apófisis del acromion en la cara externa del brazo.
- 2.- **Area dorsoglútea:** se inyecta en el músculo mayor del glúteo, para localizar el sitio exacto de inyección se debe dividir el glúteo en cuadrantes, la cresta ilíaca y el pliegue glúteo inferior limitan el glúteo, el cuadrante superior externo, para mayor seguridad, se puede volver a dividir en 4, y en el nuevo cuadrante superior externo donde se forma un ángulo recto que es +/- 5 a 7 cm. debajo de la cresta ilíaca, se inyecta en medicamento sin lesionar el nervio ciático.
- 3.- **Muslo:** se utiliza el músculo vasto externo en la cara lateral del muslo, en esta región no existen vasos sanguíneos mayores ni troncos nerviosos. El músculo se extiende a lo largo del muslo desde la parte media anterior a la media lateral, y tiene +/- 7.5 cm. de grueso, la zona de inyección es el tercio medio del muslo.
- 4.- **Area ventroglútea:** cuando se utiliza esta región se inyecta en los músculos menor y mediano del glúteo. Para localizar esta zona se debe acostar al paciente de espaldas o de lado, se coloca la mano en la cadera del paciente con el dedo índice en la espina iliaca anterosuperior y con el dedo medio se palpa la cresta iliaca y se presiona bajo ella. El sitio de inyección es donde se encuentra el triángulo formado por el dedo índice y el dedo medio.

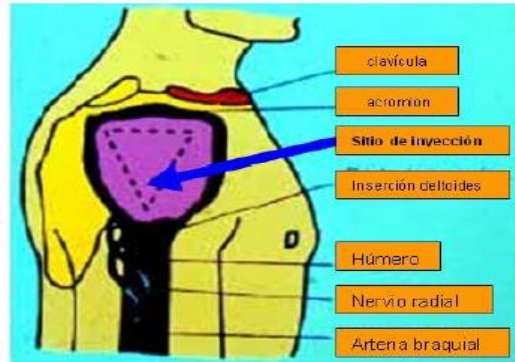


Lugar de la inyección intramuscular en el oléteo.

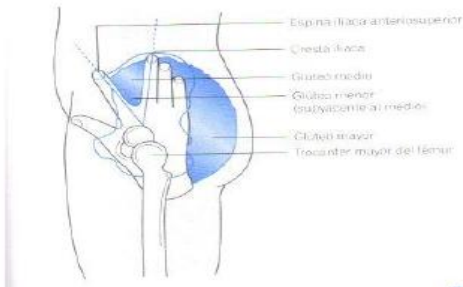


Sitio Correcto para Aplicar la Inyección en la Nalga

Sitio Correcto para Aplicar la Inyección en el Músculo Deltoides



Ventroglúteo



Equipo:

Bandeja con:

- 1 riñón estéril.
- Jeringa que corresponda.
- Aguja que corresponda (calibre N° 18-19-21.)
- Aguja para aspirar el fármaco.
- Medicamento indicado.
- Depósito con tórculas impregnadas con solución antisépticas (alcohol).
- Depósito con tórculas secas.
- Depósito para material cortopunzante y otro para material de desechos.
- Pinza anatómica u otra para la extracción de la aguja.
- Tarjeta o receta con indicación del medicamento.

Previo al procedimiento se debe realizar una valoración de lo siguiente:

- De las características de la piel y del músculo a puncionar.
- El estado clínico de paciente que va a permitir cooperación y comprensión sobre el procedimiento.
- Posibles alergias al medicamento.
- Conocimiento sobre los efectos esperados y colaterales del medicamento a administrar.

Procedimiento:

- 1.- Lávese las manos.
- 2.- Diríjase con la bandeja preparada al lado del paciente.
- 3.- Identifique verbalmente y a demás con la ficha clínica al paciente.
- 4.- Verifique la indicación medica con nombre de medicamento y dosis a administrar.
- 5.- Informe al paciente sobre el procedimiento que va a realizar.
- 6.- Coloque al paciente en la posición correcta dependiendo del sitio a puncionar:
 - **Deltóide:** se debe sentar en lo posible al paciente, pedirle que flecte su brazo y lo apoye sobre su pecho (facilita la relajación del músculo), ubicar el tercio medio del brazo en su cara externa para luego puncionar.
 - **Región glútea:** colocar al paciente en posición prona, con la cabeza hacia el lado contrario al la punción, con los brazos a los lados del cuerpo o flectados y cruzados para apoyar la cabeza sobre ellos, los pies deben estar con sus ortijos mayores hacia el interior con flexión plantar, esto ayuda a una mejor visualización y relajación del músculo.
 - **Muslo:** se debe colocar al paciente en posición lateral o sentado.
- 7.- Limpiar la zona de piel a puncionar en un área de +/- 5cm.de diámetro, con una tórula impregnada en solución antiséptica, manteniendo una tórula seca entre el dedo meñique y anular de la mano izquierda.
- 8.- Con la mano izquierda estire la piel de la zona a puncionar e inserte la aguja en un ángulo de 90° con un movimiento rápido y seguro.
- 9.- Suelte la piel y tome con el dedo pulgar e índice de la mano izquierda el cono de la jeringa para mantenerla firme y aspire suavemente con el émbolo para asegurarse que no hemos roto ningún vaso sanguíneo y no refluye sangre.
- 10.- Inyecte el medicamento suavemente manteniendo la aguja inmóvil, cuando haya terminado coloque la tórula seca junto a la aguja y retírela con un movimiento rápido y seguro manteniendo en mismo ángulo, presione la zona con la tórula y realice movimientos circulares suaves en la zona de punción para facilitar la dispersión de la solución y disminuir el dolor.
- 11.- Deje cómodo al paciente.
- 12.- Registre el procedimiento en la ficha correspondiente al paciente, con fecha, hora , medicamento, dosis, vía, sitio de inyección y el nombre de la persona responsable.
- 13.- Lávese la manos y retire el equipo, elimine con cuidado material cortopunzante sin recapsular agujas, y el resto del material guárdelo en el lugar que corresponda.

EXTRACCION DE SANGRE POR PUNCION VENOSA.

Definición: es la introducción de una aguja o catéter al sistema vascular (vena), esto tiene fines terapéuticos y/o diagnósticos (administración de medicamentos, exámenes de sangre, pruebas funcionales, permeabilización de una vía venosa).

Sitios de Punción: - Vena Cefálica.

- Vena Basílica.
- Venas Medianas, cefálica y basílica.
- Vena Cubital.
- Vena Radial.
- Venas Metacarpianas.

Objetivo:

- Obtener una muestra de sangre para exámenes de laboratorio.
- Administrar medicamentos o soluciones con fines diagnósticos po terapéuticos.
- Permeabilizar una vía venosa periférica.

VALORACIÓN:

- Estado clínico del paciente. Comprensión y cooperación.
- Evalúe el estado de las venas periféricas de brazos.
- Evalúe integridad cutánea.
- Determine el objetivo de la punción.

Equipo:

Bandeja con:

- Aguja endovenosa calibre 18-19-20-21, bisel corto y de longitud de 1- 1,5 cm.
- Jeringa estéril de acuerdo a la cantidad de sangre que extraerá.
- Sistema venojet (Camisa y agujas)
- Riñón .
- Tórulas secas.
- Tórulas impregnadas con solución antiséptica.(Alcohol)
- Ligadura.
- Almohadilla con protector de plástico.
- Guantes de procedimiento.
- Tela adhesiva.
- Depósito para eliminar material corto-punzante y otro para el material contaminado.
- Pinzas.
- Frascos o tubos para los exámenes etiquetados con el nombre del paciente.
- Orden médica de los exámenes.

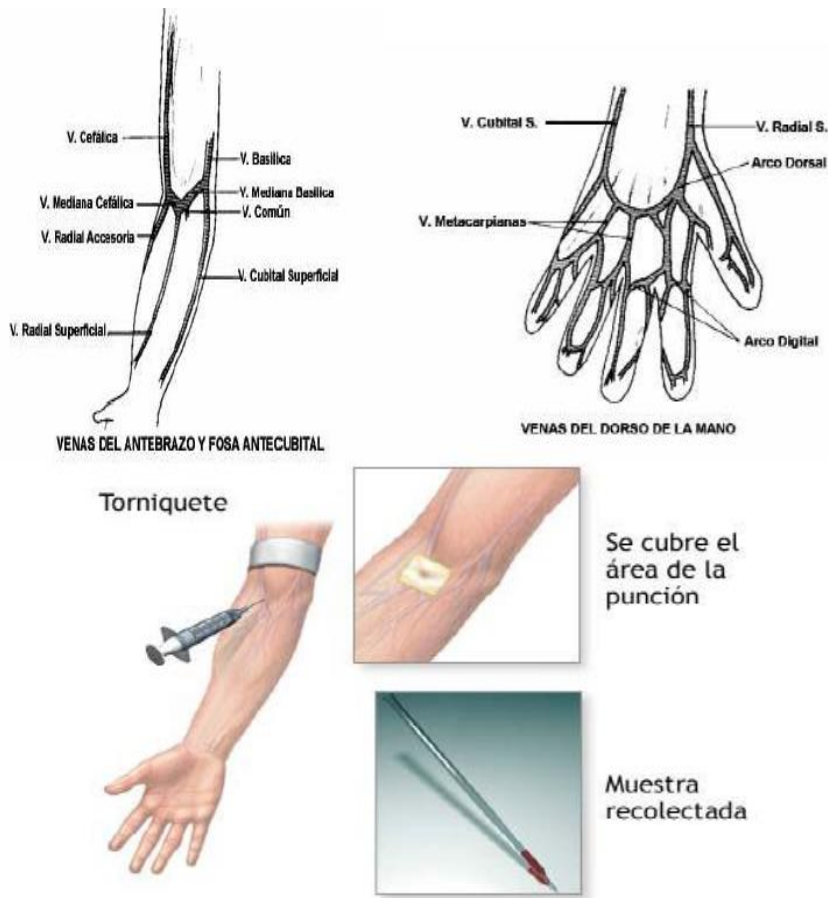
Nota: - Uso de técnica estéril.

- Valoración del sitio de punción.
- Alternar sitio de punción.

Procedimiento:

1. Reúna el equipo.
2. Acuda al lado del paciente.
3. Identifique verbalmente al paciente y compárelo con el nombre de la hoja de órdenes de exámenes.
4. Explique al paciente el procedimiento a realizar.
5. Lávese las manos.
6. Colóquese guantes de procedimiento.
7. Ubique al paciente en la posición más cómoda para puncionarlo, si el paciente esta en cama ubicarlo de decúbito dorsal y dejarlo sentado si es paciente ambulatorio.
8. Valore el área a puncionar, generalmente utilizan las venas del pliegue del codo.
9. Coloque una almohadilla para apoyar el brazo a puncionar.
10. Coloque la ligadura en el brazo sobre el sitio a puncionar con un enlace fácil de soltar.
11. Ubique la vena y observe la dirección o el trayecto de ésta.
12. Desinfecte el área a puncionar con una tórula impregnada con solución antiséptica, pasarla de abajo hacia arriba una sola vez.
13. Dejar secar el alcohol y pídale al paciente que abra y cierre la mano varias veces, haga masajes de abajo hacia arriba del brazo o realice pequeños golpecitos sobre la vena, siempre cuando la vena no se ingurgite lo suficiente.

14. Luego pídale al paciente que empuñe la mano y usted traccione la piel suavemente con el pulgar de la mano izquierda para fijar la vena.
15. Inserte la aguja en un ángulo de +/- 45° con el bisel de la aguja hacia arriba, luego de traspasar la piel baje la aguja de manera que quede paralela al eje de la vena y canalícela suavemente, observe si refluye sangre.
16. aspire suavemente para extraer la cantidad de sangre necesaria para los exámenes, suelte la ligadura y pídale al paciente que abra la mano que tenía empuñada. Homogenice suavemente, si el tubo tiene anticoagulante.
17. Coloque una tórula de algodón seca cercana al sitio de inserción de la aguja, y retire la aguja suavemente y en forma rápida, comprima el sitio de punción con la tórula para evitar formación de equimosis y fije con una tela adhesiva.
18. Con una pinza retire la aguja de la jeringa y vacíe lentamente, por las paredes de los frascos de exámenes, la sangre. Luego homogenice suavemente la sangre con el anticoagulante de algunos frascos.
19. Elimine el material contaminado según normas del servicio.
20. Retírese los guantes y lávese las manos.
21. Registre procedimiento.



TECNICA DE INSTALACIÓN DE VIA VENOSA PERIFERICA

Definición: es la colocación de un catéter venoso de diferente calibre en una vena a nivel periférico, de preferencia en extremidades superiores, comenzando siempre de distal a proximal y escogiendo la vena de mayor calibre.

Objetivo:

- Administrar medicamentos de forma directa al torrente sanguíneo.
- Mantener una vía venosa permeable de fácil acceso en caso de una emergencia.

Indicaciones:

1. La administración de diferentes soluciones con fines terapéuticos y/o diagnósticos.
2. La administración de medicamentos.

3. La administración de sangre y/o sus derivados.

Equipo:

Bandeja con:

- Guantes de procedimientos.
- Jeringa de 5 - 10cc.
- Suero Fisiológico en ampolla o agua destilada en ampolla.
- Catéter venoso de diferentes lúmenes (N° 24 - 22 - 20 - 18 - 16 - 14)
- Llave de 3 pasos o tapón heparinizado.
- Ligadura.
- Tórulas de algodón secas.
- Tórulas de algodón humedecidas con solución antiséptica.
- Gasa estéril.
- Tela adhesiva.
- Depósito de material cortopunzante.
- Tijeras.

Procedimiento:

1. Lávese las manos.
2. Reúna el material y déjelo en la bandeja.
3. La jeringa de 5 - 10cc prepárela con suero o agua destilada (en algunos casos con heparina diluida).
4. Llevar el material a la unidad del paciente.
5. Explicar el procedimiento.
6. Lávese nuevamente las manos.
7. Colóquese los guantes de procedimiento.
8. Seleccione la extremidad a puncionar.
9. Ligue la extremidad para producir la ingurgitación de las venas.
10. Observe el calibre de las venas y elija la de mayor lumen, siempre de distal a proximal.
11. Una vez seleccionada la vena a puncionar elija el catéter a utilizar (debe ser proporcional al calibre de la vena).
12. Con el catéter seleccionado tomar el mandril del teflón con la mano más hábil entre el dedo pulgar e índice, manteniendo el bisel hacia arriba y con la otra mano limpiar la zona a puncionar con una tórula humedecida con solución antiséptica.
13. Luego insertar el catéter en la vena en forma suave pero segura, siempre en sentido de la circulación en un ángulo de 15 a 20°.
14. Introducir el catéter hasta que refluya sangre por el mandril, luego sin mover el catéter retirar el mandril levemente e introducir el teflón en la vena.
15. Una vez dentro de la vena, desligar y retirar completamente el mandril haciendo presión en el extremo distal del catéter, para que no refluya sangre.
16. Instalar la llave de 3 pasos o el Tapón amarillo. Y si se administra suero colocar después de la llave de 3 pasos el matraz con el equipo de perfusión.
17. Administrar suero, agua destilada o heparina diluida a través de la llave de 3 pasos o del tapón amarillo con el fin de mantener permeable la vía.
18. Fijar firmemente la vía con tela adhesiva, colocar en el sitio de punción gasa estéril y fijarla nuevamente con tela adhesiva.
19. Registrar sobre la tela: Teflón N° ?, fecha de instalación y responsable.
20. Eliminar el material cortopunzante y el contaminado.
21. Retirarse los guantes.
22. Lávese las manos.
23. Guarde el material sobrante.
24. Registre el procedimiento en la hoja de enfermería.

Nota:

- Utilizar un catéter diferente cada vez que puncione.
- Siempre puncionar de distal a proximal.

- Vigilancia permanente del sitio de punción.
- Cambio de la VVP cada 72 horas o SOS.