



E.S.E.

RAFAEL TOVAR POVEDA

NIT. 900211477-1

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
Bajo la Norma Técnica de Calidad en la Gestión
Pública NTCGP 1000:2009.

 <p>E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES</p>	Código: AS-AU-OBS-M001
		Versión: 01
		Fecha de vigencia: 03/12/2024
		Página 2 de 42

TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETIVOS	3
2. ALCANCE	3
3. NORMATIVIDAD	3
4. DEFINICIONES	3
5. RESPONSABLES	5
6. ENFOQUE DIFERENCIAL	5
7. DESARROLLO DEL DOCUMENTO	5
7.1. Suturas	6
3.2. ONICECTOMÍA	21
3.3. COLOCACIÓN DE VENDAJE DE YESO O FÉRULA	26
3.4. EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO COMPLICADO	30
TORACOSTOMÍA CERRADA	38
PROCEDIMIENTOS MÍNIMOS DE ENFERMERÍA	41
8. BIBLIOGRAFIA	41
9. ANEXOS	41

 <p>E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES</p>	<p>Código: AS-AU-OBS-M001 Versión: 01 Fecha de vigencia: 03/12/2024 Página 3 de 42</p>
--	--	--

1. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Disminuir los riesgos en la atención en salud al brindar atención a pacientes que demanden de los servicios relacionados con Procedimientos Menores que se ofertan desde los servicios de la ESE Rafael Tovar Poveda

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Brindar conocimientos al personal médico y de enfermería acerca de los Procedimientos Menores, con el objetivo de garantizar una atención segura en salud.
- Definir los criterios relacionados al tipo de procedimientos menores que se pueden realizar en la ESE con el objetivo de proteger al paciente de los riesgos inherentes a los mismos.

2. ALCANCE

El presente manual aplica al personal de servicios asistenciales; personal médico y de enfermería que realizan procedimientos menores en la ESE Rafael Tovar Poveda y sus sedes.

3. NORMATIVIDAD

4. DEFINICIONES

- CERUMEN: Sustancia amarillenta producida por las glándulas que se encuentran situadas en el conducto auditivo. El cerumen y la resina desempeñan un importante papel en el canal auditivo del ser humano, ya que ayuda en su limpieza y lubricación, y también proporciona protección contra algunas bacterias, hongos e insectos. El exceso de cerumen o el incrustamiento de éste pueden presionar el tímpano u ocluir el conducto auditivo externo, además de perjudicar el sentido del oído.

- **COMPLICACIONES:** Son aquellas circunstancias previstas e imprevistas que se derivan de una enfermedad, ya sea por su inadecuado manejo o como parte de la evolución de la misma.
- **CUERPO EXTRAÑO:** Cuerpo que accidentalmente penetra el organismo a través de los orificios naturales o después de lesiones de distinta naturaleza.
- **FÉRULA/YESOS:** Las férulas y los yesos se utilizan para sostener y proteger a los huesos y tejidos blandos lesionados, que permitan reducir el dolor, el edema y los espasmos musculares. Los yesos pueden ser de yeso mismo o de fibra de vidrio, con una capa de algodón que protege la piel del paciente.
- **LAVADO DE OÍDOS:** Procedimiento mediante el cual se introduce solución en el conducto auditivo con el objetivo de realizar extracción de tapón de cerumen o cuerpos extraños que se encuentren en el conducto auditivo.
- **LAVADO OCULAR:** Procedimiento mediante el cual se introduce solución salina normal en el ojo con el objetivo de realizar extracción de cuerpos extraños o la limpieza del mismo en presencia de abundantes secreciones.
- **ONICECTOMÍA:** Procedimiento por medio del cual se realiza una avulsión instrumentada parcial o total de la uña, en un dedo que se encuentre afectado por alguna enfermedad y que como parte del manejo terapéutico requiera la resección de la uña.
- **RECOMENDACIONES:** Son las medidas que se utilizan para prevenir la recurrencia e incidencia de una enfermedad, de manera que se pueda disminuir el impacto público de una entidad en particular.
- **SUTURA:** Maniobra quirúrgica que consiste en unir los tejidos seccionados, así como el ligue de los vasos sanguíneos y fijarlos hasta el proceso de cicatrización.
- **SUTURA DE HERIDA:** Procedimiento quirúrgico mediante el cual se realiza la aproximación de los bordes de una herida por medio de puntos, utilizando un material reabsorbible o no, de una lesión ubicada en un tejido blando del cuerpo. Dicho cierre puede ser de primera intención, cuando por medios físicos se afrontan tejidos separados por eventos mecánicos, realizando hemostasia (proceso para detener un sangrado), evitando un proceso de mala cicatrización, dehiscencias y complicaciones

 <p>E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES</p>	Código: AS-AU-OBS-M001
		Versión: 01
		Fecha de vigencia: 03/12/2024
		Página 5 de 42

de tipo infeccioso y/o estético; reduciendo así el riesgo para la salud del paciente cuando no se realiza este procedimiento.

TAPONAMIENTO NASAL: Consiste en la colocación de una gasa dentro de la fosa nasal para producir compresión, con el objetivo de asegurar la hemostasia de una epistaxis. El taponamiento puede ser vestibular y se denomina anterior, o coanal, y se denomina posterior.

5. RESPONSABLES

- **Médico General:** Responsable principal de la evaluación, indicación y ejecución del procedimiento.
- **Técnico Auxiliar en Enfermería:** Apoyo en la preparación del paciente, instrumentación y cuidados post procedimiento., disposición del material, preparación del área y cuidado del paciente.
- **Coordinador de cada sede:** Supervisión de la adecuada ejecución de los procedimientos y manejo de insumos.

6. ENFOQUE DIFERENCIAL

El enfoque diferencial es una perspectiva de análisis que permite obtener y difundir información sobre grupos poblacionales con características particulares debido a su edad o etapa del ciclo vital, género, orientación sexual, identidad de género, pertenencia étnica, y discapacidad, entre otras características. Se deberá indicar el siguiente texto:

La ESE Rafael Tovar Poveda, reconoce que hay poblaciones particulares debido a su edad, género, orientación sexual, pertenencia étnica, embarazadas y en situación de discapacidad y ubicación geográfica. Basado en esto, la prestación de los servicios de salud de nuestra entidad responde a las necesidades de cada uno de estos grupos cerrando las brechas existentes, enfocando las atenciones de acuerdo con las características de los usuarios y sus familias.

7. DESARROLLO DEL DOCUMENTO

Se trata de procedimientos quirúrgicos o no quirúrgicos, que conllevan a la utilización de anestesia local, nunca implican anestesia regional, ni general y son ambulatorios (No requiere hospitalización ni áreas de recuperación), los cuales son realizados por un médico general. Algunos de los procedimientos requieren la realización del consentimiento informado debido a que conllevan riesgos por mínimamente invasivos que estos sean.

Los procedimientos menores que se desarrollan en la ESE Hospital San Rafael, y requieren el diligenciamiento del formato de consentimiento informado corresponden a:

PROCEDIMIENTO	REQUIERE CONSENTIMIENTO INFORMADO
Suturas	Si
Onicectomías	Si
Vendaje de Yeso o férula	No
Extracción de cuerpo extraño (en ojo, Nariz, Boca, Conducto auditivo externo)	Si
Taponamiento Nasal	No

Tabla 1. Procedimientos menores que requieren consentimiento informado

7.1. Suturas

La realización de suturas requiere que previamente se examine y retiren cuerpos extraños si se evidencian, se anestesie, limpie y desbride la herida; se examine de nuevo y se tome la decisión por parte del médico de la realización del cierre de la herida según técnica, teniendo en cuenta contraindicaciones de la misma.

En lo anterior se debe tener en cuenta que es preferible el cierre primario de la herida, porque la cicatrización es más rápida, se forma una cicatriz menor, mejora la hemostasia, y además se obtienen mejores resultados estéticos y funcionales.

El presente procedimiento aplica para servicio de urgencia.

Pautas básicas de tratamiento

 <p>E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES</p>	<p>Código: AS-AU-OBS-M001 Versión: 01 Fecha de vigencia: 03/12/2024 Página 7 de 42</p>
--	--	--

- Priorizar el tratamiento de las lesiones. El cierre de las heridas, aunque éstas resulten llamativas, no es de urgencia vital.
- Decidir el momento oportuno para el cierre de las heridas. Para ello hay que considerar los siguientes parámetros:
 - Pérdida tisular importante: Si existe una pérdida de tejidos que dificulte un cierre primario sin tensión
 - Grado de contaminación: Por norma general una herida con más de 6 horas de evolución o hasta 24 horas, si se trata de la cara, no debiera cerrarse. Las heridas que se consideran sucias tales como heridas por arma de fuego, heridas por mordedura de animal, heridas con cuerpos extraños abundantes y heridas secundarias a quemaduras, como norma, no se cierran de inmediato. En estos casos lo más aceptado es dejar las heridas abiertas para un cierre por segunda intención, pudiéndose también realizar un cierre diferido entre 3º y 7º día bajo cobertura antibiótica y observación clínica rigurosa.
- Objetivar si la herida amerita sólo de una curación, un cierre cutáneo o remisión para un aseo quirúrgico.

Indicaciones

- Herida en tejidos blandos sin mayor compromiso que piel, tejido celular subcutáneo y tejido graso.
- Sutura y cierre de una incisión realizada luego de una biopsia o de la extracción de una masa en tejidos blandos.
- Sutura y cierre de una herida provocada por eventos mecánicos o físicos.

3.1.1. Contraindicaciones al cierre de heridas

- Generales
 - Antecedentes de alergia a anestésicos locales.
 - Tiempo de lesión mayor de 12 horas: En estos casos es recomendable el cierre por segunda intención debido a la alta probabilidad de infección
- Relativas

- Trastornos de la coagulación patológicos o por uso de fármacos (anticoagulantes o Antiagregantes).
 - Situaciones de atrofia cutánea o patología que interfiera en la cicatrización normal. Esta es una contraindicación relativa, dado que es mejor el cierre primario de una herida.
 - Infección activa adyacente al sitio del procedimiento.
- Locales
- Pueden presentarse cuando la lesión ha sido en zonas de riesgo anatómico, por ejemplo, herida con posibilidad de lesión de estructuras urogenitales, en cara, pabellón auricular y área palpebral, las cuales necesitan una adecuada técnica de cierre quirúrgico

Selección de la Sutura

Durante la elección de la Sutura, el médico tendrá en cuenta que hay que usar el menor tamaño y la menor cantidad de sutura, con la cual se logre la aposición adecuada del tejido. La elección de la aguja y la sutura casi siempre depende del tamaño, así como de la localización de la herida, además de la exactitud deseada del cierre.

- Suturas Absorbibles: Son aquellas que pueden ser digeridas por enzimas corporales durante el proceso de cicatrización. Las más usadas son de colágeno y fibras sintéticas (Vicryl). El catgut puede ser simple o cromado. El catgut cromado está tratado con una solución de sal crómica que resiste la digestión de las enzimas tisulares por periodos variables durante el proceso de cicatrización. Los materiales simples se usan en tejidos que cicatrizan con bastante rapidez (unos 10 días tales como el subcutáneo). Los puntos crómicos se emplean en tejidos que requieren mayor sostén como son el músculo o el peritoneo (periodo de 20 a 30 días de reabsorción).
- No Absorbibles: El material empleado en este tipo no llega a ser afectado por las enzimas digestivas. Los más utilizados son seda, algodón, polietileno. La sutura de seda se compone de multifilamentos trenzados y constituye un elemento resistente y fácilmente manejable, que provoca una mínima reacción tisular. Los materiales

sintéticos no absorbibles (polipropileno, etc.), las agujas pueden ser rectas o curvas y sus puntas triangulares o traumáticas, y cilíndricas o a traumáticas, respectivamente.

Las agujas traumáticas se usan principalmente sobre la piel para superar la resistencia de la misma a ser punzada, y las traumáticas se emplean en tejidos u órganos que no se deben desgarrar esto en nivel de mayor complejidad (intestinos, vísceras, etc.). (Ver tabla 2)

REGIÓN ANATÓMICA	SUTURA	CALIBRE
Párpados	Nylon/Seda	6/0-8/0
Cara	Nylon/Seda/Monofilamento	5/0-6/0
Tronco, Piernas, Brazos	Nylon/Seda	2/0-3/0-4/0
Manos	Nylon/Seda	3/0-4/0
Dedos	Nylon/Seda	4/0-5/0
Pies	Seda	2/0-3/0
Dorso	Seda	4/0
Cuero Cabelludo	Seda	0-2/0-3/0-4/0
Interior Labios, Lengua, Genitales	Dexon Catgut	3/0-4/0 3/0-4/0
Mamas	Nylon/Seda	4/0-5/0
Subcutánea	Dexon Catgut Simple	2/0-3/0-4/0 3/0-4/0

Tabla 2. Tipo de suturas a utilizar de acuerdo a región anatómica

Tipos de Heridas.

LIMPIA: (ver Figura 1) Toda herida no infectada, que posee las siguientes características:

- Con menos de 6 horas de evolución, se puede aumentar a 12 horas.
- No penetrante
- Sin tejidos desvitalizados, no necrosis.
- Sin contaminantes: suciedad, saliva, cuerpos extraños, signos de infección, mordeduras, etc.



Figura 1. Herida limpia

SUCIA: Herida contaminada, con esfacelos, necrosis, detritus, o si han pasado más de 6-12 horas. (Ver Figura 2).



Figura 2. Herida contaminada

Tipos de cierre de heridas

- Sutura Discontinua

Indicaciones

- Laceraciones, para reaproximación de Bordes.
- En zonas de tensión, supra articulares.

Contraindicaciones

Heridas sucias, con signos de infección, necrosis, mala vascularización. Para la realización de esta técnica siga los siguientes pasos:

Técnica:

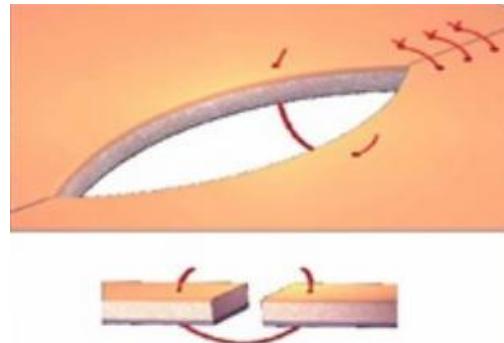


Figura 3. Sutura Discontinua

- Se deberá realizar aproximación de los bordes de la laceración, mediante la colocación de puntos simples anudados por separado.
- Con las pinzas se eleva uno de los bordes de la herida, mientras que con el porta agujas se introduce la aguja a 1 cm desde el exterior hacia el interior (de dermis a hipodermis). Debe deslizarse el hilo de sutura hasta dejar un cabo corto.
- En el otro borde se realiza la misma operación para pasar el hilo desde el interior al exterior.
- De este modo tenemos atravesada toda la incisión, con un cabo corto de un lado y uno largo (el cabo de la aguja) al otro lado.
- Es importante que la cantidad de tejido en cada borde de la incisión sea igual (entre 0,5 a 1cm). En una laceración, el primer punto de sutura debe ser colocado en la mitad de la longitud total, y los siguientes puntos en la mitad de cada mitad sucesiva. Así los puntos quedan colocados de forma simétrica.

➤ **Sutura Continua**

Indicaciones:

- Heridas largas, rectilíneas.
- En zonas que no están sometidas a tensión. Zonas donde la estética es primordial. (La forma continua intradérmica).

Contraindicaciones:

- Heridas sucias, con signos de infección, necrosis, mala vascularización.

Técnica:

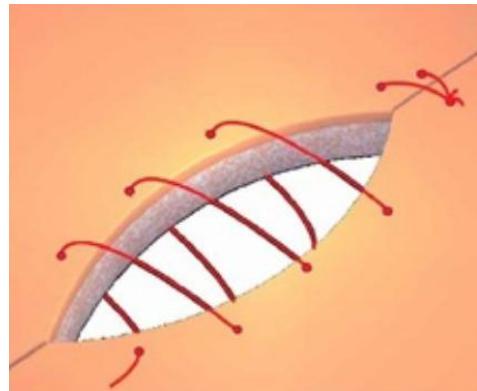


Figura 4. Sutura Continua

- Se realiza un primer punto de sutura, pero sin recortar los cabos, de modo que se continúa introduciendo el hilo de forma constante a lo largo de toda la incisión
- Usar las pinzas para separar le tejido.
- Cruzar de forma subcutánea creando un ángulo de 45° con el eje de la herida y salir por la dermis del lado opuesto (en la forma intradérmica, tanto la entrada como la salida se hacen por la hipodermis) manteniendo estos ángulos, la visión del recorrido hace que parezca perpendicular en la zona superficial mientras que es inclinado en la parte profunda.
- Volver a introducir el hilo por la zona enfrentada al punto de salida anterior, y de nuevo 45° subcutánea, atravesando toda la herida.
- Para terminar, cortar el cabo unido a la aguja de forma que sobresalga un poco para fijarlo a la piel con un esparadrapo quirúrgico realizando un nudo sobre el propio cabo.

➤ Punto colchonero

Indicaciones

- Piel Laxa, donde los bordes tienden a invaginarse.
- Zonas de mucha tensión.

- La subvariante vertical permite, en la misma operación, suturar varios planos de la herida con el mismo material.
- La variante horizontal está indicada, en pieles gruesas sometidas a tensión como palmas o plantas de las manos.

Contraindicaciones

- Heridas sucias, con signos de infección, necrosis, mala vascularización.

Técnica:

- Vertical: Se pasa la aguja por la herida, de un extremo al otro 0,5 cm del borde. A otros 0,5 cm del punto de salida, se vuelve a introducir la aguja para pasar de nuevo a través de toda la herida hasta el punto de origen, pero de forma más profunda, saliendo a unos 0,5 cm del primero. Se mantiene la misma dirección en los cuatro puntos. Se anuda el hilo, con ambos cabos, saliendo del mismo lado, con el nudo de Cirujano.

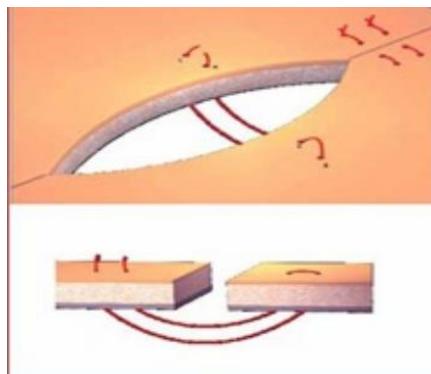


Figura 5. Punto colchonero vertical

- Horizontal: De igual modo, se pasa la aguja de un extremo al otro, pero se aproxima trasladando el punto a 0,5 cm al lateral del origen, quedando en la misma línea paralela a la herida. Se reintroduce a la misma profundidad.

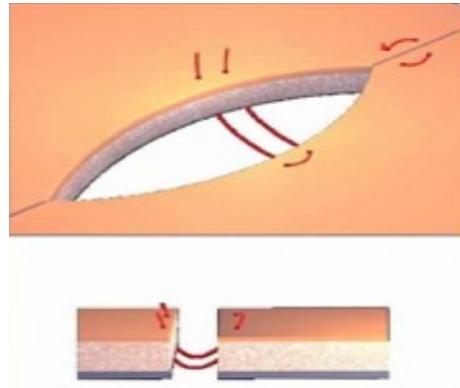


Figura 6. Punto colchonero horizontal

➤ Sutura intradérmica

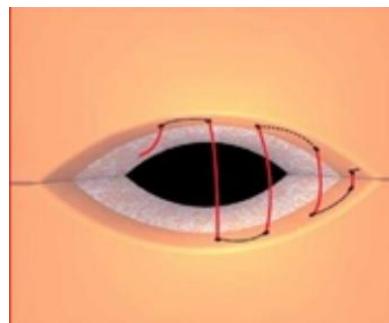
Indicaciones

- Heridas profundas donde tanto la dermis como la hipodermis deben ser unidas.
- En heridas que se requiere evitar los espacios muertos donde se pueden formar hematomas, seromas.

Contraindicaciones

- Heridas sucias, con signos de infección, necrosis, mala vascularización.
- No se debe usar para heridas sometidas a tensión debido a que se produciría isquemia de los márgenes y una anti-estética cicatriz.

Técnica



 <p>E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES</p>	Código: AS-AU-OBS-M001
		Versión: 01
		Fecha de vigencia: 03/12/2024
		Página 15 de 42

Figura 7. Sutura intradérmica

- Se trata de unir hipodermis y sobresalir a dermis.
- Es obligado que la dermis quede intacta. Desde la profundidad de la herida, se introduce la aguja para que salga por la hipodermis, debajo de la superficie cutánea.
- Se reintroduce la aguja por el otro lado, en esta ocasión desde arriba hacia abajo.
- Es importante señalar que le ángulo de entrada y la dirección (desde abajo hacia arriba) es distinto que en los otros puntos; debido a que el objetivo es que los cabos queden más profundos. Así cuando se forme el nudo, será más profundo, quedará enterrado y mantendrá más firme la sutura.

- **Complicaciones de las Suturas**

Las complicaciones derivadas de la sutura son parecidas independientemente del punto que se decida realizar.

- *Hematoma- seroma*: por una deficiente aproximación de tejidos dejando espacios muertos bajo la capa superficial. Van a distorsionar la herida, y pueden llegar a infectarse. Debe evitarse aproximando correctamente el tejido en toda su profundidad. Es especialmente importante considerar cuando se debe usar una sutura intradérmica, para evitar dejar espacios.
- *Infección*: Tanto del tejido, como de los bordes, puede llegar a evitar la cicatrización correcta, se evita con la estricta asepsia antes de realizar la sutura.
- *Dehiscencia*: Por una incorrecta aproximación de bordes por la retirada precoz de la sutura o por el uso de material inadecuado (Sutura demasiado fina).
- *Granuloma*: Producido por reacción del individuo con el material de sutura. Debe retirarse este, limpiar e intentar cerrar nuevamente la herida.
- *Necrosis*: Por excesiva tensión de los puntos, que dificulta la circulación.
- *Hiperpigmentación*: Se evita recomendando al paciente que proteja la cicatriz del sol, durante al menos un año.
- *Cicatriz hipertrófica*: Prominente, pero que respeta los límites de la cicatriz.
- *Cicatriz queloidea*: Prominente, que no respeta límites.

 <p>E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES</p>	Código: AS-AU-OBS-M001
		Versión: 01
		Fecha de vigencia: 03/12/2024
		Página 16 de 42

Instrumentación

- Porta agujas: Se emplean para el asimiento y manipulación de las agujas curvas. La selección del tamaño y tipo de porta agujas está determinada por las características de la aguja a ser sostenida y la localización del tejido a ser suturado.
- Pinza de disección: Se emplean para estabilizar tejidos y/o exponer los extractos tisulares durante la sutura. Al suturar, la pinza se emplea sobre el lado lejano de la herida para tomar la capa por encima de lo que se está suturando.
- Pinzas hemostáticas: Son instrumentos de aplastamiento empleados para clampar vasos sanguíneos. Se encuentran con puntas rectas o curvas y varían en tamaño desde el hemostático mosquito más pequeño hasta los angiotribos más grandes.
- Tijeras: Se utilizan rectas para cortar el hilo tras realizar el nudo y curvas para realizar recortes en la piel.

Materiales:

- Mesa de mayo
- Quirucidal jabón y solución
- Equipo de suturas (pizas de disección, portagujas, tijeras, pinzas hemostáticas)
- Sutura de acuerdo a lo solicitado por el médico.
- Campos estériles fenestrado
- Guantes limpios y estériles
- Gasas estériles
- Lidocaína ampolla x 10 ml
- Jeringas de insulina y jeringas de 5 cc

Procedimiento

Procedimiento	Responsable	Controles
<p>1. Realizar lavado de manos de acuerdo a protocolo institucional.</p> <p>1.1. Realizar control redundante de datos del paciente en el caso de paciente intrahospitalario verificando manilla de identificación, tablero y</p>	Médico	El médico deberá decidir correctamente cuándo realizar una sutura cutánea continua

<p>confirmación del paciente, familiar e historia clínica. Para el paciente ambulatorio verificar los datos con el propio paciente o familiar y datos adscritos a la historia clínica.</p>		<p>o a puntos separados. Teniendo en cuenta los siguientes criterios: Grado de contaminación de la herida. Calidad y tranquilidad con la hemostasia. Importancia estética. Elegir adecuadamente el tipo y grosor del material de sutura privilegiando el reabsorbible para planos profundos y el no absorbible para planos cutáneos</p>
<p>1.2. Valorar al paciente verificando que no presente antecedente de alergias, específicamente al anestésico local, e inspeccionar la herida determinando el tipo, requerimiento de cierre, según lo descrito en el presente manual.</p>	Médico	
<p>1.3. Comunicar al paciente los riesgos y beneficios del procedimiento, solicitando la firma del consentimiento informado con pleno entendimiento de la información suministrada.</p>		
<p>1.4. Realizar solicitud de materiales para sutura a través de la historia clínica: Sutura, lidocaína, jeringas.</p>		
<p>1.5. Informar al equipo de enfermería la solicitud realizada de los insumos y medicamentos para el alistamiento de los demás materiales.</p>		
<p>2. Realizar el lavado de manos de acuerdo al protocolo institucional.</p>		
<p>2.1. Alistar el equipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mesa de mayo (verificar si se requieren dos por ejemplo una para colocar la extremidad de la herida y otra para el equipo de sutura) • * Equipo de sutura. (verificar que esté completamente sellado y con cinta de esterilización vigente, y que no se encuentre vencido) 	Auxiliar/ jefe de enfermería	<p>No se deberán apertura los equipos y materiales hasta que el médico dé</p>

<ul style="list-style-type: none"> Guardián, caneca roja de residuos cerca del espacio donde se realiza la sutura. Guantes limpios y estériles. Solución salina normal 09% Lidocaína ampolla de 10 ml. Suturas de acuerdo a orden médica. Jeringas de 5 cc y de insulina. Bandeja de procedimientos. Clorhexidina solución. Gasa estéril <p>2.2. Comunicar al médico que el equipo se encuentra listo para la realización del procedimiento.</p>		orden de inicio del procedimiento.
<p>3. Realizar lavado de manos de acuerdo al protocolo institucional.</p> <p>3.1. Colocarse elementos de bioseguridad (gorro, tapabocas, mono gafas, bata limpia)</p> <p>3.2. Realizar nuevo lavado de manos según protocolo.</p> <p>3.3. Verificar que el material se encuentre completo de acuerdo al tipo de cierre a realizar.</p> <p>3.4. Colocarse guantes limpios.</p>	Médico	En caso de que falte algún implemento necesario para la sutura pedir al auxiliar encargado del paciente el cargue del mismo en el sistema.
<p>4. Realizar lavado de manos de acuerdo al protocolo institucional</p> <p>4.1. Colocarse elementos de bioseguridad (gorro, tapabocas, mono gafas)</p> <p>4.2. Realizar nuevo lavado de manos según protocolo.</p> <p>4.3. Colocarse guantes limpios.</p>	Auxiliar / Jefe de enfermería	N.A.

5. Dar la orden de inicio del procedimiento una vez se verifique que el material requerido se encuentra completo.	Médico	N.A.
6. Apertura el equipo de instrumental para sutura de adentro hacia afuera. 6.1. Aperturar el paquete de la sutura, jeringas, gasa estéril permitiendo que caiga libremente al campo sin contaminar. 6.2. Colocar al paciente en posición lo más cómoda posible y colocar la parte del cuerpo que contiene la herida en la bandeja de procedimiento, colocando una compresa bajo el sitio corporal a suturar.	Auxiliar / Jefe de enfermería	N.A.
7. Infiltrar anestésico en los bordes de la herida. 7.1. Confirmar con el paciente si se presenta el efecto del anestésico local (se disminuye el dolor luego de la administración del medicamento).	Médico	N.A.
8. Aperturar la bolsa de SSN al 09%, realizando el corte en el puerto de conexión de la solución. 8.1. Permitir que la solución salina caiga libremente mientras el médico realiza inspección de la herida con técnica de mano enguantada. 8.2. Aplicar jabón quirúrgico en la herida, de acuerdo a solicitud del médico. 8.3. Administrar tanta solución como se requiera hasta eliminar completamente el jabón quirúrgico	Auxiliar / Jefe de enfermería	N.A.

<p>9. Inspeccionar la herida, en el caso que se requiera extraer un cuerpo extraño de la herida con las pinzas estériles se realizará cambio de guantes limpios a estériles.</p> <p>9.1. Dejar la herida completamente limpia sin jabón quirúrgico.</p> <p>9.2. Secar el líquido sobrante con gasa estéril.</p> <p>9.3. Realizar cambio de los guantes que se usaron por nuevos estériles.</p> <p>9.4. Colocar el campo fenestrado en la herida a suturar permitiendo mediante la fenestración, visualizar la herida quirúrgica.</p> <p>9.5. Iniciar la sutura, según el tipo de herida y requerimiento de cierre.</p> <p>9.6. Una vez realizada aplicar clorhexidina solución en la herida.</p> <p>9.7. Cubrir con gasa estéril y cinta micropore.</p> <p>9.8. Desechar las agujas en el guardián y desechar los guantes en caneca roja.</p> <p>9.9. Realizar lavado de manos.</p> <p>9.10. Comunicar al paciente los requerimientos luego del procedimiento.</p>	Médico	<p>Se recomienda durante el cierre de la herida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar tensión tisular. No realizar cierres primarios a tensión, para lo cual deben deslizarse los bordes de la herida o dejar ésta para un cierre secundario. • Suturar la herida por planos, para evitar así invaginaciones u otras deformaciones. • Se debe recomendar al paciente que mantenga seca y limpia la herida, y protegida del sol durante los próximos 12 meses.
<p>10. Realizar lavado del material instrumental utilizado en el procedimiento.</p>	Auxiliar / Jefe de enfermería	N.A

 <p>E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES</p>	Código: AS-AU-OBS-M001
		Versión: 01
		Fecha de vigencia: 03/12/2024
		Página 21 de 42

- | | | |
|--|--|--|
| <p>10.1. Colocar los campos utilizados en la bolsa de recolección de ropa contaminada.</p> <p>10.2. Realizar lavado de manos de acuerdo a protocolo.</p> | | |
|--|--|--|

3.2. ONICECTOMÍA

El procedimiento aplica para atención ambulatoria, en caso de realizarlo de forma intramural en servicio de urgencias.

3.2.1. Indicaciones

- Hematoma subungueal.
- Onicocriptosis (Uña Encarnada).
- Trauma en el dedo con lesión del lecho ungueal.
- Onicomicosis.

3.2.2. Contraindicaciones

- Antecedente de trastornos de la coagulación.
- Fractura de artejo, en su falange distal.
- Herida penetrante en dedo con lesión en uña.
- Proceso inflamatorio severo que no permita la infiltración local de anestésico.

3.2.3. Materiales

- Guantes estériles
- Jeringa de 10 cc
- Lidocaína (Xilocaina) al 1% o 2%.
- Aguja Calibre 26 a 30 y aguja calibre 16 para aspirar el anestésico.
- Gasas.
- Quirucidal jabón quirúrgico y solución

 <p>E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES</p>	Código: AS-AU-OBS-M001
		Versión: 01
		Fecha de vigencia: 03/12/2024
		Página 22 de 42

- Sonda fenestrada o acanalada.
- Pinza Kelly recta.
- Tijera pequeña.
- Hoja de bisturí y mango (opcional).
- Electrocutterio (Opcional).
- Pinza con garra (Opcional).

3.2.4. Procedimiento

Procedimiento	Responsable	Controles/ Observaciones
<p>1. Realizar control redundante de datos del paciente en el caso de paciente intrahospitalario verificando manilla de identificación, tablero y confirmación del paciente, familiar e historia clínica. Para el paciente ambulatorio verificar los datos con el propio paciente o familiar y datos adscritos a la historia clínica.</p> <p>1.1. Valorar al paciente identificando necesidades para realizar el procedimiento.</p> <p>1.2. Verificar que el paciente no presenta antecedentes de alergia al anestésico local.</p> <p>1.3. Explicar el procedimiento al paciente y hacer firmar el consentimiento informado verificando pleno entendimiento de la información suministrada al usuario.</p> <p>1.4. Ordenar el procedimiento en la historia clínica solicitando el equipo necesario, jeringas, sutura, lidocaina ampolla x 10 ml.</p>	Médico	N.A

<p>1. Alistar los materiales necesarios para la realización del procedimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guantes estériles • Jeringas de 10 cc • Lidocaina (Xilocaina) al 1% o 2% x 10 ml • Aguja Calibre 26 a 30 y aguja calibre 16 para aspirar el anestésico. • Gasas estériles. Solución de iopovidona. • Pinza Kelly recta. • Tijera pequeña. • Hoja de bisturí y mango. • Pinza con garra. Sutura Porta agujas. • Campo estéril • Bandeja de procedimiento. <p>2.1. Comunicar al médico que el equipo se encuentra listo para iniciar el procedimiento</p>	Auxiliar / Jefe de enfermería	N.A.
<p>3. Colocar tapabocas y monogafas</p> <p>3.1. Realizar lavado de manos de acuerdo a protocolo institucional.</p> <p>3.2. Colocarse guantes limpios.</p>		N.A.
<p>4. Coloque al paciente en posición supina, con las rodillas flexionadas, y la planta del pie sobre la bandeja del procedimiento.</p>	Médico / Auxiliar / Jefe de enfermería	

 <p>E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA</p>	<p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES</p>	Código: AS-AU-OBS-M001
		Versión: 01
		Fecha de vigencia: 03/12/2024
		Página 24 de 42

<p>4.1. Aperturar el equipo de Onicectomías de adentro hacia afuera evitando contaminar el campo estéril.</p> <p>4.2. Aperturar la bolsa de solución salina normal y permitir que caiga libremente en el área de intervención, aplicar jabón quirúrgico.</p>	Auxiliar / Jefe de enfermería	
<p>5. Realizar una técnica adecuada de asepsia y antisepsia con jabón quirúrgico, de todo el dedo desde la base proximal del mismo hasta el espacio interdigital, especialmente en el dorso del artejo.</p> <p>5.1. Realizar la infiltración anestésica del artejo con un bloqueo digital utilizando lidocaína al 1 o 2% sin epinefrina (evitar anestésicos con epinefrina por el riesgo de necrosis local que se puede provocar por el efecto vasoconstrictor) con una aguja pequeña de calibre (26-30). Se depositan entre 1,5 a 3 ml de lidocaina en cada lado del dedo para el caso del grueso artejo del pie (empezando por la parte plantar se va retirando la aguja e instilando el anestésico de manera que quede depositado uniformemente en el dedo) y entre 1 y 2 ml si es en cualquiera de los otros dedos del pie o en los dedos de la mano.</p> <p>5.2. Realizar presión en los lados de los dedos durante el procedimiento con el fin de reeducir el sangrado. Esta puede ser efectuada por el personal de enfermería que asiste el procedimiento.</p>	Médico	<p>Durante la infiltración se debe aspirar antes de aplicar anestésico con el objetivo de verificar que no se aplique el mismo a nivel venoso o arterial. Se debe esperar de 5 a 10 minutos para que el efecto anestésico sea efectivo.</p>

- 5.3. Dejar la herida completamente limpia sin jabón.
- 5.4. Aplicar clorhexidina solución
- 5.5. Realizar cambio de guantes limpios a esteriles.
- 5.6. Colocar el campo esteril fenestrado.
- 5.7. Desplazar la sonda fenestrada por debajo de la cuticula para separar la uña de su lecho desde su borde proximal, luego se introduce por debajo del lecho ungueal en la parte distal y se realiza el levantamiento lento y progresivo de la uña.
- 5.8. En el caso de que exista un exceso de tejido de granulacion lateral secundario al trauma repetido por los bordes de la uña se puede realizar una remodelacion del borde lateral de la uña, para ello se utiliza una hoja de bisturi, con la que se realiza un corte que llegue hasta el lecho y se puede cauterizar con calor (Electrocoagulación) para hacer hemostasia.
- 5.9. Si se requiere realizar sutura de la herida.
- 5.10. Colocar vendaje de gasa estéril.
- 5.11. Desechar el materil utilizado (agujas en guardián, jeringas entre otros).

 <p>E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES</p>	Código: AS-AU-OBS-M001
		Versión: 01
		Fecha de vigencia: 03/12/2024
		Página 26 de 42

5.12. Comunicar al usuario las recomendaciones después del procedimiento.		
---	--	--

3.2.5. Complicaciones

En general con este procedimiento las complicaciones son pocas, pero se pueden presentar:

- Isquemia por aplicación prolongada de presión durante el procedimiento.
- Cauterización excesiva de la matriz o del lecho ungueal provocando lesiones al tejido.
- Infección de la herida quirúrgica. Recurrencia en la aparición de una uña encarnada.
- Lesión del lecho o cama de la uña durante el procedimiento.
- Reacción adversa al anestésico.
- Compromiso vascular y necrosis isquémica: como consecuencia de la compresión del tejido durante la hemostasia.

3.2.6. Recomendaciones Post Procedimientos

- Dejar el vendaje compresivo en la herida quirúrgica durante 24 a 48 horas, según el tipo de Onicectomías realizada y en el caso que este se encuentre con humedad excesiva deberá cambiarse antes de ese tiempo.
- Se recomienda lavar la herida durante el baño con agua y jabón en lo posible este último líquido.
- Se contraindica la actividad deportiva o física excesiva durante al menos una semana.
- Se deberá consultar nuevamente en caso de presentar fiebre, salida de pus por la herida.
- Usar calzado destapado luego del procedimiento, durante 3 semanas.
- En lo posible no usar calzado estrecho y recomendar el aseo ungueal.
- Uso de antiinflamatorios y analgésicos durante la primera semana.

3.3. COLOCACIÓN DE VENDAJE DE YESO O FÉRULA

 <p>E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES</p>	Código: AS-AU-OBS-M001
		Versión: 01
		Fecha de vigencia: 03/12/2024
		Página 27 de 42

La colocación de una férula de yeso consiste en la superposición de varias capas de yeso con el objetivo de conseguir la inmovilización de un miembro. Se utilizan para tratar lesiones menores cuando existe un edema en una fractura o para servir de apoyo a un yeso cerrado. El vendaje en yeso en caso de emergencia en presencia de fractura, previene desplazamientos de fragmentos óseos, exposición del foco, y compromiso vascular o nervioso por acción de fragmentos móviles. El procedimiento de colocación de yeso o férula aplica para servicio de urgencias.

3.3.1. Preparación

Todas las inmovilizaciones deben realizarse en la posición más funcional posible, cercana a la actitud anatómica a no ser que tenga una indicación específica de inmovilizar una lesión del tendón de Aquiles, el tobillo debe estar en más de 90° y no en Angulo recto. Algunas de las posiciones funcionales en el momento de realizar el enyesado:

- Hombro: Codo en flexión adosado al tórax.
- Codo: flexión de 90°.
- Muñeca: extensión de 20°.
- Metacarpofalangicas: flexión de 90°.
- Interfalangicas: Extensión o mínima flexión.
- Rodilla: Flexión de 20°.
- Tobillo: Angulo recto (Neutro o 90°).

Este es un procedimiento que debe ser realizado por médico general de acuerdo a criterio médico sino remitir a nivel de mayor complejidad.

3.3.2. Materiales

- Guantes limpios.
- Vendas de yeso de las medidas del miembro a colocar (Pierna –brazo).
- Vendas de algodón.
- Vendas elásticas.
- Tijeras Cubeta con agua templada.

3.3.3. Procedimiento

Procedimiento	Responsable	Controles/ Observaciones
<p>1. El auxiliar o jefe de enfermería deberá preparar los materiales necesarios de acuerdo a requerimiento médico de acuerdo al listado nombrado anteriormente.</p> <p>2. Realizar lavado de manos de acuerdo a protocolo institucional.</p> <p>2.1. Realizar control redundante de datos del paciente en el caso de paciente intrahospitalario verificando manilla de identificación, tablero y confirmación del paciente, familiar e historia clínica. Para el paciente ambulatorio verificar los datos con el propio paciente o familiar y datos adscritos a la historia clínica.</p> <p>2.2. Comunicar al paciente y/o familiar en que consiste el procedimiento, explicando que el dolor que va a sentir es mínimo y que debe seguir las instrucciones.</p> <p>2.3. Cubrir todo el segmento óseo que será enyesado con malla tubular de tejido de algodón, 5 mm de espesor.</p> <p>2.4. Calcular la longitud por medición directa sobre la superficie a inmovilizar.</p> <p>2.5. Una vez conocida la longitud se prepara entre 12 y 15 capas de venda de yeso según la longitud tomada del miembro del paciente.</p>	Auxiliar / Jefe de enfermería	N.A
<p>3 Sumergir la venda en un recipiente con agua templada para que el yeso coja consistencia, extraerla del agua manteniéndola colgada por un momento, luego extraer el exceso de agua</p>	Médico	N.A

de la venda de modo que permita facilitar su consistencia. Para ello con una de las manos se sostiene la punta de la venda y con la otra se desliza desde arriba hacia abajo		
4. Iniciar modelado: A los 5 u 8 minutos el yeso empieza a adquirir, poco a poco resistencia y dureza. Inmediatamente terminando el enyesado y aun blando y maleable, se inicia el modelado, en este momento se debe conseguir con el yeso la forma, contornos y depresiones que le son propios al órgano enyesado	Médico	N.A
6. La férula se coloca en la cara dorsal de los miembros superiores y en la cara posterior del miembro inferior, para permitir una mejor movilidad de los dedos; siempre que no exista una indicación expresa del médico (por ejemplo: colocar una férula ante braquial por la cara palmar del antebrazo). 6.1. Vigilar la posición de las articulaciones incluidas en el yeso teniendo especial cuidado con la angulación del codo, pronosupinación del antebrazo, posición de la muñeca; posición de flexión, abducción y rotación de cadera en yeso pelvipédico; angulación de rodilla; inversión o eversión del tobillo; posición de equino, varo o valgo del pie. 6.2. El modelado y corrección de posiciones articulares son acciones simultáneas, que deben ser realizadas con rapidez y seguridad mientras trascurren los 5 a 10 minutos que demora el yeso en terminar su fragüe. 6.3. Una vez la venda de yeso esté ajustada al contorno del miembro se fija mediante una venda elástica, dando vueltas al miembro y fijando perfectamente la férula de yeso,	Médico	N.A

 <p>E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES</p>	Código: AS-AU-OBS-M001
		Versión: 01
		Fecha de vigencia: 03/12/2024
		Página 30 de 42

teniendo la precaución de no apretar excesivamente para evitar posibles lesiones.		
<p>7. Dejar al paciente sobre una superficie blanda esperando a que la férula de yeso seque.</p> <p>7.1. Desechar los residuos de acuerdo a lo contemplado en el Manual de Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud.</p>	Médico	N.A

3.3.4. Recomendaciones post procedimiento.

Se informa al paciente los siguientes cuidados que debe seguir mientras lleve la férula, como:

- No apoyar el peso mientras lleve la férula.
- Mover los dedos del pie para facilitar la circulación y evitar procesos isquémicos.
- Mantener la pierna elevada mientras se permanezca sentado o en reposo sobre una zona cómoda entre 24 y 72 horas.
- No introducir objetos entre la piel y el vendaje.

Explicar al paciente que debe vigilar:

- Buena circulación del miembro enyesado.
- Correcto grado de sensibilidad.
- Ausencia de edema
- Ausencia de dolor intenso, inexplicable persistente, especialmente en el lugar enyesado.

Explicar al paciente que en el caso de presentar alguna de las alteraciones anteriormente nombradas deberá consultar al servicio de urgencias.

3.4. EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO NO COMPLICADO

Son cuerpos extraños que por su ubicación pueden ser extraídos en servicio de urgencias.

 <p>E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES</p>	<p>Código: AS-AU-OBS-M001 Versión: 01 Fecha de vigencia: 03/12/2024 Página 31 de 42</p>
--	--	---

3.4.1. Vías de entrada más frecuentes

Las vías de entrada más frecuentes para los cuerpos extraños son la boca y la nariz. A través de la boca, el cuerpo extraño puede llegar hasta:

- La vía aérea más profunda: laringe, tráquea, bronquios principales.
- El tubo digestivo: esófago, estómago, intestino delgado y grueso.
- Otros lugares de penetración de los cuerpos extraños son: el conducto auditivo externo, el saco conjuntival, la córnea el ano y la vagina.

3.4.2. Cuerpos extraños frecuentes según la localización

- En la nariz: bolas, monedas, partículas metálicas, arvejas y similares.
- En la región oral y faríngea: Pequeños cuerpos extraños puntiagudos (Astillas de hueso, espinas de pescado, cerdas de cepillo de dientes, agujas, alfileres, uñas, fragmentos de madera o de cristal), suelen anclarse en las amígdalas en la base de la lengua o lateralmente en la laringe.
- En el conducto auditivo externo: Más frecuente en niños y enfermos psiquiátricos, se dividen en orgánicos: papel algodón, goma de borrar, semillas, insectos, Inorgánicos: cualquiera que por su tamaño pueda penetrar en el conducto auditivo externo.
- En la conjuntiva y cornea: Partículas de hierro, arena, carbón, granos de cereales, todo cuerpo extraño que se aloje en la conjuntiva bulbar, palpebral o epitelio corneal.

3.4.3. Extracción de cuerpo extraño en nariz, Cavidad oro faríngea, oído, Ojo.

Indicaciones

- Cuerpo extraño observable en nariz.
- Cuerpo extraño en cavidad oro faríngea.
- Cuerpo extraño en el conducto auditivo externo.
- Cerumen impactado.
- Hipoacusia conductiva secundaria a los dos anteriores.
- Cuerpo extraño en la superficie del Globo Ocular.

Contraindicaciones

Existen algunos cuerpos extraños en nariz complicados que requieren ser extraídos en quirófano por lo cual debe de ser remitido a nivel de mayor complejidad, encontramos los siguientes casos:

- Para extracción de cuerpo extraño en Nariz:
 - Cuerpo extraño en nariz que haya penetrado en la bóveda craneal.
 - Cuerpo extraño que haya provocado ya un daño tisular que requiera reparación o desbridamiento posterior.
 - Posibilidad importante de que se pueda producir aspiración del cuerpo extraño a la vía respiratoria.

- Para extracción de cuerpo extraño en oído:
 - Otitis Media y Externa.
 - Dolor durante la entrada de agua o durante la realización del examen físico.
 - Sospecha de perforación timpánica.
 - Otorrea en los últimos 3 meses
 - Historia de otitis crónica y supurativa.
 - Heridas recientes de tímpano y conducto auditivo externo.
 - Presencia de cuerpos extraños de difícil extracción.

- Para extracción de cuerpo extraño en ojo:
 - Sospecha de perforación ocular.
 - Pérdida de la visión en el ojo afectado.
 - Caída de un material cáustico o ácido en el ojo y cuya irrigación sea perjudicial, debido a que actué como catalizador y empeore los daños provocados por la sustancia irritante.
 - Presencia de cuerpos extraños que sean de difícil extracción.

 <p>E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES</p>	<p>Código: AS-AU-OBS-M001 Versión: 01 Fecha de vigencia: 03/12/2024 Página 33 de 42</p>
--	--	---

Complicaciones

- Extracción de cuerpo extraño en nariz
- La epistaxis.
- Lesión de las estructuras nasales o abrasión de la mucosa por liberación de material caustico, por ejemplo, en la manipulación de una pila de botón.
- Aspiración del cuerpo extraño.

- Extracción de cuerpo extraño en oído
- Perforación timpánica.
- Otitis externa o media
- Lesión del conducto auditivo externo.
- Nauseas, vómitos.
- Dolor.
- Mareos, vértigo.
- Sangrado.

- Extracción de cuerpo extraño en Ojo
- Pigmentación corneal.
- Cicatrices corneales.
- Ruptura o estallido del globo ocular.
- Hipotonía ocular.
- Visión borrosa aguda.
- Hifema.
- Protrusión o herniación del contenido ocular.

Materiales

- Fuente de luz.
- Otoscopio.
- Sonda gruesa y fuente de aspiración.
- Fuente de luz
- Baja lenguas.

 <p>E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES</p>	Código: AS-AU-OBS-M001
		Versión: 01
		Fecha de vigencia: 03/12/2024
		Página 34 de 42

Para retiro de cuerpo extraño en oído: Solución salina a temperatura corporal o tibia.

- Riñonera.
- Toalla.

Para retiro de cuerpo extraño en ojo: Agua estéril o solución salina.

- Jeringa hipodérmica.
- Oftalmoscopio.
- Linterna.
- Toalla.
- Gasas estériles
- Guantes limpios
- Riñonera
- Aplicadores Estériles.

3.4.4. Procedimiento

Procedimiento	Responsable	Controles/ Observaciones
<p>1.1. Realizar lavado de manos de acuerdo a protocolo</p> <p>1.2. Comunicar al paciente y/o familiar en que consiste el procedimiento, explicando que el dolor que va a sentir es mínimo y que debe seguir las instrucciones.</p> <p>1.3. Realizar control redundante de datos del paciente en el caso de paciente intrahospitalario verificando manilla de identificación, tablero y confirmación del paciente, familiar e historia clínica. Para el paciente ambulatorio verificar los datos con el propio paciente o familiar y datos adscritos a la historia clínica.</p>	Médico	N.A

<p>1.4. Valorar el paciente y verificar que no existan circunstancias que contraindiquen el procedimiento.</p> <p>1.5. Solicitar la firma del consentimiento informado con pleno entendimiento del procedimiento a realizar.</p>		
<p>2. Tranquilice e inmovilice el paciente en caso de contar con un paciente pediátrico o en estado de agitación.</p>	Auxiliar / Jefe de enfermería	N.A
<p>3. En el caso de retiro de cuerpo extraño de nariz Coloque al paciente en trendelémburg, o con la cabeza hacia abajo para prevenir la aspiración del cuerpo extraño, para retiro de cuerpo extraño en cavidad oro- faríngea Ubicar al paciente en posición sentado.</p> <p>3.1. Aplicar anestésico tópico</p> <p>Para retiro de cuerpo extraño en nariz: Extracción directa utilizando una sonda adecuada: se pasa la sonda por encima del cuerpo extraño y una vez que se consigue abrazarlo, se tracciona suavemente hasta su extracción.</p> <p>Extracción con presión positiva: Si el paciente es colaborador se le solicita que se suene la nariz, cerrando la boca y taponando la fosa nasal libre.</p> <p>Tan pronto se realice la extracción del cuerpo extraño, revise la fosa nasal por si ha quedado algún fragmento, se ha provocado alguna herida o existen otros cuerpos extraños.</p>	Médico	N.A

<p>Para retiro de cuerpo extraño en cavidad orofaríngea: Solicitar al paciente que abra la boca.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deprimir la lengua con el baya lenguas. - Explorar la cavidad orofaríngea, con una fuente de luz. - Sujetar el cuerpo extraño y extraerlo con una pinza de Hartman. <p>Para retiro de cerumen en oído: Realizar otoscopia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cargar la jeringa con agua sin dejar aire. - Pedir al usuario que sujete la riñonera a nivel del hombro para recoger el agua del lavado y el cerumen extraído. - Traccionar el pabellón auricular hacia arriba y atrás. - Dirigir el cono de la jeringa hacia la pared posterosuperior del conducto auditivo, nunca hacia la membrana 1 centímetro aproximadamente. - Controlar la posición del cono de la jeringa para evitar su desplazamiento. - Solicitar al paciente que incline y sacuda la cabeza hacia el lado del procedimiento para sacar los restos de agua y cerumen. - Realizar la otoscopia para verificar la integridad del conducto auditivo externo, membrana timpánica y salida del material. <p>Si se presentara un insecto: Instilar varias gotas de glicerina en el conducto auditivo para inmovilizar el insecto.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprobar mediante la otoscopia que el insecto se encuentra inmóvil. 		
--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> - Retirarlo con las pinzas otológicas. Realizar la otoscopia para verificar la integridad del conducto auditivo externo, membrana timpánica y salida del insecto. <p>Para retiro de cuerpo extraño en ojo: Previo al procedimiento se deberá evaluar la respuesta pupilar, los movimientos oculares y el grado de lesión ocular antes de iniciar cualquier maniobra.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valorar la existencia de patología previa ocular. - Comprobar la existencia de prótesis oculares o lentes de contacto. - Ubicar al paciente en posición de Fowler o decúbito supino con el cuello en hiperextensión. - Ubicarse del lado del ojo afectado o detrás del paciente. - Colocar una toalla y la riñonera sobre los hombros del paciente. - Entreabrir el ojo afectado con los dedos índice y pulgar de la mano no dominante para observar el tipo y la localización del cuerpo extraño ayudándose de la linterna de la mano dominante. - Solicitar al paciente que mueva el ojo hacia arriba, abajo y los lados, si no se observa cuerpo extraño en la córnea, buscar en los fondos de saco conjuntivales con la maniobra de eversión del parpado: Si el cuerpo extraño está en el parpado superior indicar al paciente que mire hacia abajo - Con los dedos índice y pulgar sujetar las pestañas del parpado y tirar suavemente hacia abajo. - Con la otra mano contraria tome un hisopó. 		
---	--	--

<ul style="list-style-type: none"> - Ubicarlo sobre la mitad del parpado, levantando el mismo sobre el hisopo de manera que se revierte dicho parpado y se deja descubierto el fondo del saco. - Si el cuerpo extraño está localizado debajo del parpado inferior, solicitar al paciente que mire hacia mientas tanto con su dedo pulgar tirar suavemente hacia abajo el parpado inferior y localizar el cuerpo extraño. - Cargar la jeringa con agua estéril o solución salina. - Irrigar el ojo utilizando la jeringa, haciéndolo de modo que la solución fluya con uniformidad, desde el lagrimal a su zona externa, - Si la irrigación no dio resultado y el cuerpo extraño es móvil: Intente el retiro con un aplicador estéril húmedo. - Si a pesar de los anteriores procedimientos no es posible la extracción o en caso de cuerpo extraño intraocular o herida perforante: Ocluir el ojo con un Apósito estéril. Realizar remisión del paciente a oftalmología. 		
4. Desechar los residuos de acuerdo a lo contemplado en el Manual de Gestión de Residuos Generados en la Atención en Salud y otras Actividades.	Médico	N.A

TORACOSTOMÍA CERRADA

La toracostomía se refiere al acceso a la cavidad pleural a través de un espacio intercostal (toracostomía cerrada) puede realizarse por médico general en servicios de urgencias, imagenología, internación.

Indicaciones

- Trauma cerrado de tórax
- Neumotórax (abierto o cerrado; simple o a tensión)
- Hemotórax y hemoneumotórax

Contraindicaciones

- La única contraindicación absoluta es la necesidad urgente de toracotomía (no se debe perder el tiempo en una toracostomía).
- Las contraindicaciones relativas son: coagulopatía, bula pulmonar, adhesión pleural, pulmonar o torácica, infección en el sitio de la piel sobre el que se va a introducir el tubo.

Materiales

- Campo estéril
- Guantes estériles
- Gasas estériles
- Solución antiséptica
- Kit de Drenaje Torácico (introductor flexible, catéter de 28 F, jeringa de 20 ml, bisturí, bolsa de drenaje torácico con tubos incorporados, paquete de sutura nº 0)
- Pinzas de disección romas
- Aspirador.

Técnica

- Colocar al paciente en semifowler en un ángulo a 45 grados o sentado (esto disminuye el riesgo de elevación del diafragma y de daño del mismo durante la inserción de tubo).
- El brazo del lado afectado se colocará en la parte posterior de la cabeza del paciente (abducción y rotación externa), debiendo advertir al paciente que debe mantener esta posición durante todo el procedimiento.
- El sitio de inserción se debe valorar previamente de acuerdo con la radiografía de tórax y la percusión, para determinar el nivel líquido en caso de que este presente.
- Señalar el sitio donde se va a insertar el tubo, usualmente el 5º o 6º espacio intercostal en la línea axilar anterior o media, por detrás del músculo pectoral mayor

 <p>E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES</p>	<p>Código: AS-AU-OBS-M001 Versión: 01 Fecha de vigencia: 03/12/2024 Página 40 de 42</p>
--	--	---

para evitar disecar a través del mismo y delante del músculo dorsal ancho, sobre el borde superior de la costilla.

Complicaciones

- Disfuncionalidad del tubo por mala colocación y posicionamiento de la sonda (con dirección hacia diafragma, sonda subcutánea, punta de la sonda en el ápice pulmonar, sonda en la cavidad abdominal, etc.); pero puede ocurrir:
- Sangrado sobre la incisión, lesión a arteria intercostal y lesión a arteria pulmonar.
- Laceración del parénquima pulmonar daño al parénquima pulmonar (secundario a adherencias no liberadas), lesión a hígado o bazo, lesión penetrante a diafragma, esófago, estómago o colon (puede ocurrir en caso de hernia diafragmática inadvertida)
- Compresión a la aurícula y/o ventrículo
- Hemotórax residual o retenido (sangre coagulada que no ha podido ser drenada con un tubo pleural), que puede llevar a empiema (10% de los casos) y sepsis pleural, en los cuales la infección es secundaria a la contaminación externa que causó la propia herida al introducir el tubo.
- Quilotórax traumático y perforación a la vena subclavia después de la colocación de la sonda;
- Derrame pleural postraumático recidivante; la inexpansibilidad es otra complicación muy frecuente. Lesión al nervio torácico largo, neuropraxia frénica y parálisis diafragmática (irritación al ápice pulmonar) así como síndrome de Horner (tubo adyacente a la columna cervical y torácica que causa trauma directo o de repetición por la respiración).
- Infección de la piel en el sitio de inserción de la sonda
- Reacciones alérgicas a los anestésicos locales utilizados durante la infiltración.
- Entre los errores técnicos potencialmente evitables se encuentran la pérdida de la relación anatómica al colocar la sonda pleural (grandes quemados, mastectomía, curva de aprendizaje), toracostomía paraesternal, toracostomía transmamaria, toracostomía dorsal, fenestraciones fuera de la cavidad pleural, uso de tubo endotraqueal o sonda de Levin como sonda pleural, caída de la sonda por fijación deficiente a la pared, falla de hermeticidad del sistema, acodamiento y obstrucción,

 <p>E.S.E. RAFAEL TOVAR POVEDA</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES</p>	<p>Código: AS-AU-OBS-M001 Versión: 01 Fecha de vigencia: 03/12/2024 Página 41 de 42</p>
--	--	---

conexiones que disminuyen el calibre y obstruyen la sonda como las conexiones largas.

PROCEDIMIENTOS MÍNIMOS DE ENFERMERÍA

- Inyectología: Ver PROTOCOLO DE PREPARACION Y APLICACION DE MEDICAMENTOS, SGC-PT-SSS-GC-004
- Venopunción Ver PROTOCOLO DE MANEJO DE ACCESOS VENOSOS PERIFÉRICOS, SGC-PT-SSS-GC-002
- Cateterismo Vesical. Ver PROTOCOLO DE MANEJO DE SONDAS VESICALES, SGC-PT-SSS-GC-003
- Paso de sonda nasogástrica. Ver PROTOCOLO DE INSERCIÓN, MANTENIMIENTO Y RETIRO DE SONDA OROGÁSTRICA O NASOGÁSTRICA, SGC-P-SSS-GH-003

Todos los procedimientos deben realizarse bajo técnica aséptica. Documentar cada procedimiento en la historia clínica. Informar al paciente sobre el procedimiento y obtener consentimiento informado.

8. BIBLIOGRAFIA

- Manual de Procedimientos en Urgencias, Ministerio de Salud.
- Tintinalli J.E., Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, 9th Edition.
- Normas técnicas y protocolos de manejo, Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Guías prácticas de procedimientos clínicos, Asociación Colombiana de Medicina de Urgencias.

9. ANEXOS

Formato de Consentimiento informado anestesia local.

CONTROL DE CAMBIOS		
Versión	Descripción del Cambio	Fecha de aprobación
01	Creación del documento	03/12/2024
Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Dorys Flumio	vtfp	
Firma:	Firma:	Firma
Nombre: Dorys Enith Almario Estrada Cargo: Asesora de Calidad	Nombre: Viviana Teresa Montoya Cargo: Coordinadora Asistencial	Nombre Marlio Andrés Posada Muñoz Cargo: Representante Legal