

**ESTANDARIZACIÓN DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y  
ASISTENCIALES DE ENFERMERÍA Y RADIOLOGÍA EN EL CENTRO DE  
ESPECIALISTAS DE SANTANDER (CES), MUNICIPIO DE SAN GIL**

**LILIANA BERNAL BENÍTEZ  
NYDIA ELVIRA CARREÑO CAMACHO  
ZEGIL ANDREA PEREIRA SALAZAR**



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA  
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD  
BUCARAMANGA  
2012**

**ESTANDARIZACIÓN DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y  
ASISTENCIALES DE ENFERMERÍA Y RADIOLOGÍA EN EL CENTRO DE  
ESPECIALISTAS DE SANTANDER (CES), MUNICIPIO DE SAN GIL**

**LILIANA BERNAL BENÍTEZ  
NYDIA ELVIRA CARREÑO CAMACHO  
ZEGIL ANDREA PEREIRA SALAZAR**

**Trabajo de grado para optar al título de  
ESPECIALISTAS EN ADMINISTRACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD**

**Director  
JORGE ELIÉCER FIGUEROA VARGAS**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA  
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD  
BUCARAMANGA  
2012**

## **DEDICATORIA**

Dedicamos este logro a Dios, por brindarnos la dicha de gozar de una buena salud y de un bienestar físico y espiritual.

A nuestras familias, como agradecimiento a su esfuerzo, amor y apoyo incondicional, durante nuestra formación tanto personal como profesional.

A nuestros docentes, por brindarnos su guía y sabiduría en el desarrollo de este trabajo.

Con gran cariño

## **AGRADECIMIENTOS**

Expresamos nuestros más sinceros agradecimientos a:

Al Doctor JORGE ELIÉCER FIGUEROA VARGAS, Director y Asesor de nuestro trabajo, por su valiosa colaboración, aportes, comentarios y paciencia durante todo este tiempo y por confiar en nuestras capacidades, la elaboración de esta monografía.

A la Doctora ADRIANA REYES BLANCO, Administradora del Centro de Especialistas de Santander, San Gil, por acogernos en su institución y brindarnos toda su colaboración y confianza para la realización de este trabajo.

Al personal administrativo y asistencial del Centro de Especialistas de Santander, San Gil, quienes con su información aportaron para la construcción de este trabajo.

A la Doctora MARY LUPE ANGULO SILVA y al Departamento de Salud Pública de la Universidad Industrial de Santander, quienes han sido parte importante en nuestra formación académica y en la región, con la oferta de sus programas profesionales.

A la SEDE UIS SOCORRO, que fue el escenario que hizo posible nuestro proceso de formación profesional.

A todos aquellos que de alguna manera nos apoyaron y fueron testigos de nuestro esfuerzo para alcanzar una meta profesional.

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>Pág,</b>
INTRODUCCIÓN	19
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
2. OBJETIVOS	21
2.1 OBJETIVO GENERAL	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3. ALCANCE	22
4. JUSTIFICACIÓN	23
5. MARCO CONCEPTUAL	24
5.1 MARCO LEGAL	24
5.2 ESTANDARIZACIÓN	25
5.3 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	26
5.4 CALIDAD ENFOCADA A LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	26
6. GENERALIDADES DEL CES	28
6.1 MISIÓN	28
6.2 VISIÓN	28
6.3 POLÍTICA DE CALIDAD DEL CES	29
6.4 VALORES	29
6.5 ORGANIGRAMA	29
6.6 SERVICIOS	30
6.7 CLIENTES	30
7. METODOLOGÍA	32
7.1 TIPO DE ESTUDIO, POBLACIÓN Y MUESTRA	32
7.2 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	33
8. DIAGNÓSTICO DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y ASISTENCIALES DE ENFERMERÍA Y RADIOLOGÍA EN EL CES	34
8.1 RESULTADOS DIAGNÓSTICO DEL PROCESO ADMINISTRATIVO	34
8.2 RESULTADOS DIAGNÓSTICO ÁREA ENFERMERÍA	35
8.3 RESULTADOS DIAGNÓSTICO ÁREA RADIOLOGÍA	37
9. INSTRUMENTOS GENERALES DE ESTANDARIZACIÓN	38
9.1 PROCEDIMIENTOS	38
9.1.1 Procedimientos del Proceso Administrativo	38

9.1.1.1 Procedimiento de Asignación de Citas	38
9.1.1.2 Procedimiento de Referencia y Contrarreferencia	40
9.1.1.3 Procedimiento de Archivo de Historias Clínicas	41
9.1.2 Procedimientos del Área de Enfermería	44
9.1.2.1 Procedimiento de Atención de Enfermería	44
9.2 GUÍAS	46
9.2.1 Guías del Proceso Administrativo	46
9.2.1.1 Guía para el manejo de Cuotas Moderadoras y Copagos	46
9.2.2 Guías del Área de Enfermería	49
9.2.2.1 Guía para Manejo de la Historia Clínica	49
9.2.2.2 Guía para la Toma de Citologías	52
9.2.2.3 Guía para el Manejo de Curaciones, Heridas o Quemaduras	54
9.2.2.4 Guía para el lavado y extracción de cuerpo extraño en oído	61
9.2.2.5 Guía de Enfermería para retiro de puntos	63
9.2.2.6 Guía para la realización de micronebulizaciones	65
9.2.2.7 Guía para Administración de medicamentos	67
9.2.2.8 Guía para el manejo de Cateterismo vesical	70
9.2.2.9 Guía para el paso de Enema Travad	72
9.2.2.10 Guía para el Manejo de residuos	74
9.2.2.11 Guía de Limpieza y Desinfección	78
9.2.3 Guías del Área de Radiología	84
9.2.3.1 Guía de Atención en Radiología	84
9.2.3.2 Guía de Radiología para Revelado de Películas Radiográficas	87
9.3 PROTOCOLOS	88
9.3.1 Protocolos del Área de Radiología	89
9.3.1.1 Protocolo para la Toma de Radiología de Tórax PA y Lateral	89
9.3.1.2 Protocolo para la Toma de Radiología de Abdomen Simple Normal AP	92
9.3.1.3 Protocolo para Toma Radiología Columna Lumbosacra AP y Lateral	94
9.3.1.4 Protocolo para Toma de Radiología Columna Cervical AP y Lateral	97
9.3.1.5 Protocolo para la Toma de Radiología Pelvis	100
9.3.1.6 Protocolo para Toma de Radiología Puño AP y Lateral	103
9.3.1.7 Protocolo para Toma de Radiología Pierna AP y Lateral	105
9.3.1.8 Protocolo para Toma de Radiología Rodilla AP y Lateral	108
9.3.1.9 Protocolo para Toma de Radiología de Pie AP y Oblicuo Interno	110
9.3.1.10 Protocolo para Toma de Radiología de Cráneo AP y Lateral	112
9.3.1.11 Protocolo para Toma de Urografía Excretora Intravenosa	115
9.3.1.12 Protocolo para la Toma de Mamografía	119
9.3.1.13 Protocolo para la Toma de Densitometría	122
9.4 INSTRUCTIVOS	124
9.4.1 Instructivos del Área de Enfermería	125
9.4.1.1 Instructivo de Operación de Micronebulizador	125
9.4.2 Instructivos del Área de Radiología	128
9.4.2.1 Instructivo para el Manejo del Mamógrafo	128
9.4.2.2 Instructivo para el Manejo del Ecógrafo	131
9.4.2.3 Instructivo para el Manejo del Densitómetro	136

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	140
BIBLIOGRAFÍA	142
ANEXOS	144

## LISTA DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
Tabla 1. Proceso administrativo	34
Tabla 2. Área enfermería	35
Tabla 3. Área Radiología	37
Tabla 4. Procedimiento de Asignación de Citas	38
Tabla 5. Procedimiento de Referencia y Contrarreferencia	40
Tabla 6. Procedimiento de Archivo de Historias Clínicas	41
Tabla 7. Procedimiento de Atención de Enfermería	44
Tabla 8. Guía para el manejo de Cuotas Moderadoras y Copagos	46
Tabla 9. Guía para Manejo de la Historia Clínica	49
Tabla 10. Guía para la Toma de Citologías	52
Tabla 11. Guía para el Manejo de Curaciones, Heridas o Quemaduras	54
Tabla 12. Guía para el lavado y extracción de cuerpo extraño en oído	61
Tabla 13. Guía de Enfermería para retiro de puntos	63
Tabla 14. Guía para la realización de micronebulizaciones	65
Tabla 15. Guía para Administración de medicamentos	67
Tabla 16. Guía para el manejo de Cateterismo vesical	70
Tabla 17. Guía para el paso de Enema Travad	72
Tabla 18. Guía de Limpieza y Desinfección	78
Tabla 19. Guía de Atención en Radiología	84
Tabla 20. Guía de Radiología para Revelado de Películas Radiográficas	87
Tabla 21. Protocolo para la Toma de Radiología de Tórax PA y Lateral	89
Tabla 22. Protocolo para la Toma de Radiología de Abdomen Simple Normal AP	92
Tabla 23. Protocolo para Toma Radiología Columna Lumbosacra AP y Lateral	94
Tabla 24. Protocolo para Toma de Radiología Columna Cervical AP y Lateral	97
Tabla 25. Protocolo para la Toma de Radiología Pelvis	100
Tabla 26. Protocolo para Toma de Radiología Puño AP y Lateral	103
Tabla 27. Protocolo para Toma de Radiología Pierna AP y Lateral	105
Tabla 28. Protocolo para Toma de Radiología Rodilla AP y Lateral	108
Tabla 29. Protocolo para Toma de Radiología de Pie AP y Oblicuo Interno	110
Tabla 30. Protocolo para Toma de Radiología de Cráneo AP y Lateral	112
Tabla 31. Protocolo para Toma de Urografía Excretora Intravenosa	115
Tabla 32. Protocolo para la Toma de Mamografía	119
Tabla 33. Protocolo para la Toma de Densitometria	122
Tabla 34. Instructivo de Operación de Micronebulizador	125
Tabla 35. Instructivo para el Manejo del Mamógrafo	128
Tabla 36. Instructivo para el Manejo del Ecógrafo	131
Tabla 37. Instructivo para el Manejo del Densitómetro	136

## LISTA DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
ANEXO A. INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y ASISTENCIALES DE ENFERMERÍA Y RADIOLOGÍA DEL CENTRO DE ESPECIALISTAS DE SANTANDER, SAN GIL.	144
ANEXO B. FORMATO DE PROCEDIMIENTO	150
ANEXO C. FORMATO DE GUÍA	151
ANEXO D. FORMATO DE PROTOCOLO	152
ANEXO E. FORMATO DE INSTRUCTIVO	154
ANEXO F. ALCANCE DE AREAS DEL CES	155
ANEXO G. INFORMACIÓN DEL CES	157

## RESUMEN

**TITULO:** ANÁLISIS Y ESTANDARIZACIÓN DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y PROCESOS ASISTENCIALES DE ENFERMERÍA Y RADIOLOGÍA EN EL CENTRO DE ESPECIALISTAS DE SANTANDER MUNICIPIO DE SAN GIL \*

**AUTORES:** LILIANA BERNAL BENITEZ  
NYDIA ELVIRA CARREÑO CAMACHO  
ZEGIL ANDREA PEREIRA SALAZAR \*\*

**PALABRAS CLAVES:** Análisis, Estandarización, Documentación, Guía, Instructivo, Procedimiento, Protocolo.

### CONTENIDO:

Este trabajo inició con la realización de un diagnóstico que permitiera evidenciar el estado de los procesos administrativos y los procesos asistenciales de enfermería y radiología del Centro de Especialistas de Santander, CES, en el municipio de San Gil.

Se realiza un análisis del panorama actual de los procesos seleccionados, identificados en el diagnóstico realizado. Después se diseñaron documentos que permitieran registrar las actividades realizadas en cada proceso, documentando con procedimientos, guías, protocolos e instructivos, que se requieren en las citadas áreas, con el fin de estandarizar los procesos relacionados y las actividades que de ellos se derivan; favoreciendo con su implementación, la eficacia, la eficiencia, la efectividad y el mejoramiento continuo de sus procesos, para lograr la satisfacción de las necesidades de los usuarios y fortalecer la prestación de los servicios de salud en dicha institución y sus procesos analizados.

En tal sentido éste proyecto adquiere valor, pues la estandarización que se propone, además de mejorar la oportunidad de respuesta a la demanda del usuario, disminuye los riesgos para la salud del paciente y beneficia la institución (Centro de Especialistas de Santander del municipio de San Gil), al contar con criterios unificados que reducirían costos derivados de la toma de decisiones erradas por parte del personal.

Teniendo en cuenta lo anterior, el presente trabajo pretende lograr la integración de elementos de carácter técnico como procedimientos, guías, protocolos e instructivos optimizando los procesos administrativos y asistenciales direccionando a la organización a la mejora de la calidad de sus servicios.

---

\* Proyecto de grado

\*\* Facultad de Salud. Escuela de Medicina. Departamento de Salud pública. Especialización en Administración de Servicios de Salud, Director Jorge Eliécer Figueroa Vargas

## ABSTRACT

**TITLE:** ANALYSIS AND STANDARDIZATION OF ADMINISTRATIVE PROCESSES AND PROCESS AND NURSING CARE RADIOLOGY SPECIALISTS IN THE CENTER OF THE MUNICIPALITY OF SAN GIL SANTANDER\*

**AUTHORS:** LILIANA BERNAL BENITEZ  
NYDIA ELVIRA CARREÑO CAMACHO  
ZEGIL ANDREA PEREIRA SALAZAR \*\*

**KEYWORDS:** Analysis, Standardization, Documentation, Guide, Instructions, Procedure, Protocol.

### CONTENT:

This work began with the realization of a diagnosis that would show the status of administrative and nursing care processes and radiology specialists Center Santander, CES, in the town of San Gil.

An analysis of the current landscape of the selected processes identified in the diagnosis made. After documents were designed to record the activities allowed in each process, documenting procedures, guidelines, protocols and instructions, required in those areas, in order to standardize the processes involved and the activities that flow from them, favoring their implementation, effectiveness, efficiency, effectiveness and continuous improvement of its processes to achieve satisfaction needs of users and strengthen the delivery of health services in the institution and its processes analyzed.

In such sense this one project acquires value, because the standardization that sets out, besides to improve the opportunity of answer to the demand of the user, diminishes the risks for the health of the patient and benefits the institution (Center of Specialists of Santander of the municipality of San Gil), when counting on unified criteria that they would reduce costs derived from the decision making missed on the part of the personnel.

Considering the previous thing, the present work tries to obtain the integration of elements of technical character like procedures, guas, instructive protocols and optimizing the administrative and welfare processes direccionando to the organization to the improvement of the quality of its services.

---

\* Graduation Project

\*\* Faculty of Health. School of Medicine. Department of Public Health. Specialization in Health Services Administration, Director Jorge Eliécer Figueroa Vargas

## INTRODUCCIÓN

Los profesionales de todos los campos de la salud adoptan diariamente decisiones relacionadas directamente con la salud del usuario, lo cual implica entre otros, orden de exámenes o remisión a médicos especializados, de conformidad con ciertos parámetros para determinar la pertinencia de los mismos, si la decisión se adopta sin haber cumplido unas pautas previas de tratamiento o de guías de manejo establecidas, la conducta que se siga puede acarrear consecuencias que impactan en la calidad de la atención, definida ésta por la OMS como “el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima para el paciente la cual debe cumplir con las demandas de salud de la población en términos de eficiencia y eficacia”.

Contar con una debida estandarización de los procedimientos que se llevan es fundamental para garantizar la efectividad clínica como elemento inherente a la misión de los centros médicos y la eficiencia de los servicios prestados; lo cual permitirá además de un mayor equilibrio financiero, garantizar la calidad y seguridad del servicio.

En tal sentido éste proyecto adquiere valor, pues la estandarización que se propone, además de mejorar la oportunidad de respuesta a la demanda del usuario, disminuye los riesgos para la salud del paciente y beneficia la institución (Centro de Especialistas de Santander del municipio de San Gil), al contar con criterios unificados que reducirían costos derivados de la toma de decisiones erradas por parte del personal.

Teniendo en cuenta lo anterior, el presente trabajo pretende lograr la integración de elementos de carácter técnico como procedimientos, guías, protocolos e instructivos optimizando los procesos administrativos y asistenciales direccionando a la organización a la mejora de la calidad de sus servicios.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente el Centro de Especialistas de Santander ubicado en el municipio de San Gil, carece de una estandarización que organice las operaciones y actividades que se adelantan en los procesos que practica, pese a la latente necesidad de unificar criterios del personal que allí labora, lo cual repercute en complicaciones al interior de la institución, que afectan inexorablemente al paciente.

El presente proyecto busca el mejoramiento de la calidad en la atención en salud, relacionada con la necesidad de organizar las operaciones y actividades que se adelantan en los diferentes procesos, a partir de la construcción de procedimientos guías, protocolos e instructivos que estandaricen y documenten las labores que se ejecutan.

El estar involucrado en procesos que prestan servicios de salud, exige ser competente, es decir, tener un conocimiento amplio y suficiente y contar con parámetros claros al momento de tomar decisiones, por tanto, se hace necesario con los estándares de los procesos institucionales, que le permitan al profesional contar con patrones científicos, metodológicos, éticos y legales que documenten su proceder.

En tal sentido, el cumplimiento real de los requisitos y su seguimiento llevará a disminuir errores y a mejorar la calidad de los procesos asistenciales y administrativos, lo cual permitirá abordar la normatividad vigente al dar cumplimiento a los estándares por medio de la habilitación de los servicios de salud y del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, de forma tal, que se pueda garantizar el acceso a la salud a través de mecanismos eficientes, eficaces, efectivos y fortalecidos por el mejoramiento continuo.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

Analizar, documentar y estandarizar los procesos administrativos y procesos asistenciales de enfermería y radiología en el Centro de Especialistas de Santander, en el Municipio de San Gil.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Realizar el diagnóstico de los procesos administrativos y asistenciales de enfermería y radiología en el CES.
- Identificar mejoras en los procesos analizados que contribuyan a optimizar costos, agilizar la ejecución de las actividades y garantizar la prestación de un mejor servicio.
- Documentar los procesos administrativos y asistenciales de enfermería y radiología en el CES.
- Estandarizar los procesos administrativos y asistenciales de enfermería y radiología en el CES, con el fin de unificar criterios y ofrecer servicios con una calidad.
- Socializar los documentos estandarizados en los procesos revisados que orienten el actuar de cada uno de los funcionarios y generen una toma de conciencia en el desarrollo de su trabajo.

### **3. ALCANCE**

Realizar un análisis del estado inicial de los procesos administrativos y asistenciales de enfermería y radiología del Centro de especialistas de Santander del municipio de San Gil a través del levantamiento de un diagnóstico situacional permitiendo diseñar los documentos de registro de información como procedimientos, guías, protocolos e instructivos y estandarizar las actividades de los procesos analizados de dicha institución para así, brindar todos los elementos necesarios para que los procesos sean eficientes y garanticen la prestación del servicio y la satisfacción del usuario.

#### **4. JUSTIFICACIÓN**

La calidad de los servicios prestados constituye un factor diferencial entre las instituciones prestadoras del servicio de salud, quienes sino cuentan con una estandarización de los procesos que se realizan al interior de la institución, están llamados a gastar innecesariamente recursos humanos y económicos, generando insatisfacción en sus usuarios; en tal sentido y luego de hacer un diagnóstico de los procesos administrativos y asistenciales realizados en el área de enfermería y radiología del CES, se determinó que no cuenta con instrumentos de estandarización de procesos que garanticen probidad y agilidad en los mismos.

Ante tal falencia, el desarrollo de este proyecto hace una propuesta de procedimientos, guías, protocolos e instructivos, que le permitan ayudar a los empleados a comprender su función dentro de la organización, brindar una base para la formación de nuevos empleados, la formación periódica de sus empleados actuales y brindar una estructura de requisitos clara para los proveedores, garantizando la eficiencia, la efectividad, la eficacia y el mejoramiento continuo en las actividades desarrolladas en la prestación de los servicios de salud de la entidad.

## **5. MARCO CONCEPTUAL**

### **5.1 MARCO LEGAL**

En un contexto como el actual donde la calidad se exige, es inherente a todos los servicios ofertados en el sistema de salud, aunado a una preocupación constante por parte del Estado en garantizar su prestación a partir del establecimiento de procesos e instrumentos que permitan cuantificar sus resultados, se ha establecido un ordenamiento legal que regula este aspecto, en el cual se destacan las siguientes normas:

En desarrollo del numeral 3 del artículo 173 de la ley 100 de 1993, el ministerio de protección social expidió los decretos Nos 1043 del 3 de abril y 1011 de 2006, por medio del cual se exige a la entidades prestadoras del servicios de salud, como requisito previo para habilitar su funcionamiento, contar con estándares básicos de estructura y de proceso que resulten necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o salud de los usuarios.

Resolución 5261 de 1994 Por la cual se establece el Manual de Actividades, intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Ley 4445 de 1996: Por el cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares.

Decreto 1011 de 2006 Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Resolución 1043 de 2006: Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

Ley 1122 de 2007 por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Decreto 4747 de 2007. Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo. Artículos 15 y 16.

## **5.2 ESTANDARIZACIÓN**

El término de estandarización tiene como connotación principal la idea de seguir el proceso estándar a través del cual se tiene que actuar o proceder. Al mismo tiempo, esta idea supone la de cumplir con reglas que, si bien en ciertos casos pueden estar implícitas, en la mayoría de las oportunidades son reglas explícitas y de importante cumplimiento a fin de que se obtengan los resultados esperados y aprobados para la actividad en cuestión. Esto es especialmente así en el caso de procedimientos de estandarización que se utilizan para corroborar el apropiado funcionamiento de maquinarias, equipos o empresas de acuerdo a los parámetros y estándares establecidos.

El estándar es definido también como un patrón expresado en una norma o un valor, que se consigue luego de promediar de diferentes observaciones, constituyéndose como en el ideal, es decir como la meta a alcanzar o también para determinar los valores mínimos que se requieren cumplir, en este sentido su función es servir de referente.

Por ser dinámico está en constante construcción con cambios en el tiempo. No todos los estándares son valores, pueden ser instrumentos, normas, así por ejemplo, la estandarización de los procesos es un elemento de calidad que permite identificar resultados previsibles según las actividades identificadas. Las guías de manejo o protocolos de salud son pautas estandarizadas de la atención de un paciente.

Según la ISO la normalización es la actividad que tiene por objeto establecer ante problemas reales o potenciales, disposiciones destinadas a usos comunes y repetidos, con el fin de obtener un ordenamiento óptimo en un contexto dado, que puede ser tecnológico, político o económico.

En tal sentido la estandarización persigue tres objetivos específicos:

- a. Simplificación. Reducir modelos y quedarse únicamente con los necesarios.
- b. Unificación. Para permitir el intercambio interinstitucional
- c. Especificación. Se busca establecer una comunicación clara y precisa para evitar errores.

### **5.3 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN**

Un instrumento de medición cumple la función de comparar conceptos mediante un proceso de medición. Como unidades de medida se utilizan objetos y sucesos previamente establecidos como estándares.

La medición es el proceso de clasificar y cuantificar datos que puedan suministrar conductas observables relacionadas con las variables en estudio. Toda medición o instrumento de recolección de datos debe reunir dos requisitos esenciales:

- La confiabilidad, que se refiere al grado de precisión o exactitud de la medida, en el sentido que si aplicamos repetidamente el instrumento al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados.
- El segundo requisito es la validez: es el grado en que un instrumento mide la variable que pretende medir.

### **5.4 CALIDAD ENFOCADA A LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD**

Como se señaló inicialmente la formulación de instrumentos para la estandarización de los procesos del CES, están intrínsecamente relacionadas con la eficacia y calidad del servicio. El concepto de calidad en salud según *Vanormalingen* (1996) se enmarca en cinco elementos fundamentales: excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción, impacto final que tiene en la salud. Sin embargo, la calidad de la salud no está reducida a uno o algunos de estos elementos, necesariamente implica la integración de elementos de carácter técnico y también de procesos objetivos y subjetivos; cuya unión tiene como resultante la satisfacción de los usuarios y la eficiencia de la institución de salud.

La calidad relacionada en atención médica está basada en actividades encaminadas a garantizar los servicios de salud accesibles y equitativos con

profesionales óptimos y teniendo en cuenta los recursos disponibles, logrando la satisfacción del usuario con la atención recibida.

## **6. GENERALIDADES DEL CES**

Entidad privada creada por un grupo de médicos especialistas de gran trayectoria en diferentes áreas de la salud, contando con el apoyo científico y tecnológico de la Clínica Carlos Ardila Lulle - FOSCAL.

Se ha constituido en una excelente alternativa en salud para las provincias Guanentina y Comunera, con el compromiso de brindar servicios integrales y una excelente atención a todos los usuarios.

- ▶ Nombre: Centro de Especialistas de Santander CES
- ▶ Dirección: Avenida Santander N° 24 A – 48
- ▶ Ciudad: San Gil, Santander
- ▶ Teléfono: 7243330
- ▶ Ubicación: 25 minutos del Hospital de III Nivel Hospital Regional Manuela Beltrán y 10 minutos del Hospital de II Nivel Hospital Regional San Gil
- ▶ Representante legal: Dr. Benito Alfredo Ortiz Azuero

### **6.1 MISIÓN**

Somos una Institución Prestadora de Servicios de Salud en las diferentes áreas de la ciencia médica y paramédica. Servimos con altos estándares de calidad, con un equipo humano profesional calificado, apoyado con tecnología moderna que nos permite ofrecer confiabilidad, seriedad y trato humanizado a nuestros usuarios.

### **6.2 VISIÓN**

Ser una organización líder en la prestación de servicios de salud en todas las áreas de la ciencia médica y paramédica en las Provincias Santandereanas Guanentina, Comunera y Veleña y reconocida como referencia nacional en este campo por altos estándares de eficiencia y profesionalismo mediante la utilización de tecnología moderna.

### 6.3 POLÍTICA DE CALIDAD DEL CES

Los servicios están basados en una amplia experiencia médica y la utilización de equipos de última generación, que garantizan excelentes resultados y confiabilidad en cada uno de los procedimientos.

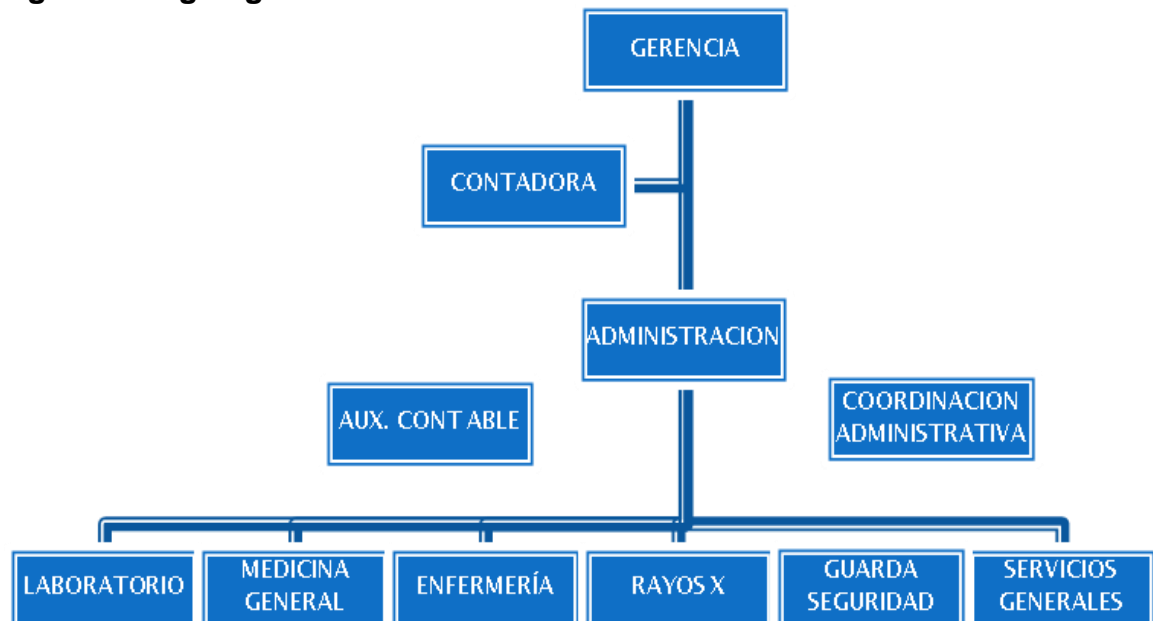
Apoyados en la investigación permanente y el desarrollo de nuevas tecnologías que nos permitan brindar calidad de vida a toda la comunidad.

### 6.4 VALORES

- ▶ Satisfacción
- ▶ Innovación
- ▶ Ética
- ▶ Compromiso
- ▶ Respeto

### 6.5 ORGANIGRAMA

Figura 1. Organigrama



Fuente: Autores

## **6.6 SERVICIOS**

- ▶ Laboratorio clínico de I, II y III nivel de complejidad
- ▶ Radiología y ecografía de I,II nivel de complejidad
- ▶ Medicina general y examen médico
- ▶ Odontología general
- ▶ Procedimientos quirúrgicos ambulatorios
  - Cirugía general
  - Ortopedia
  - Urología
  - Ginecología
  - Otorrino
  
- ▶ Toma de citología con lectura
- ▶ Terapia física y respiratoria
- ▶ Fonoaudiología y Terapia ocupacional
- ▶ Servicios adicionales
  - Inyectología
  - Curaciones
  - Nebulizaciones
  - Electro fulguraciones
  - Lavados de Oído

## **6.7 CLIENTES**

Aplicado el instrumento de diagnóstico aprobado, se pudo establecer que actualmente el Centro de especialistas presta sus servicios a las siguientes entidades:

- Nueva EPS
- EPS Sanitas
- Avanzar Médico
- Coomeva EPS
- Clinisalud
- Fundación Finsema
- Socormédicas IPS
- Clínica Santa Cruz de la Loma de San Gil
- Alcaldía Curití
- ESE Hospital San José de Valle de San José
- ESE Hospital Integrado San Juan de Dios de Barichara
- Ecopetrol

- Colsanitas
- Suramericana
- Coomeva Prepagada
- Cafesalud
- Seguros Bolívar
- Particulares

## **7. METODOLOGÍA**

Las actividades realizadas en la consecución de nuestro objetivo de estudio, se originaron a partir del levantamiento de un diagnóstico situacional, aplicando un instrumento que permite registrar información de cada uno de los procesos a evaluar como: Perfil, Conformación y responsables, Beneficiarios y Descripción de actividades realizadas dentro del proceso.

Así mismo, este ejercicio de aplicación del instrumento, permitió la revisión de documentos existentes para recaudar insumos para la documentación, comunicación con los directos responsables de la ejecución de las actividades, registro de información, interpretación y análisis de los datos. Con el fin de conocer la situación de cada uno de los procesos administrativos y asistenciales de enfermería y radiología, en las actividades propias de la prestación de los servicios de salud, para identificar la necesidad y aspectos a mejorar de dicha dinámica, tras un análisis descriptivo de la situación actual de los procesos a estudiar.

Seguidamente, se diseñan los formatos que pueden registrar la información pertinente para los procesos en mención, como guías, procedimientos, protocolos e instructivos que serán diligenciados con la información anteriormente recolectada y que estandarizará la realización de las actividades relacionadas con los procesos, de acuerdo con el alcance de cada área identificada.

Después de haber presentado esta información a las directivas de la entidad, y haber sido aprobados por la Administración de la institución, se socializan dichos documentos al personal definido por la dirección del CES, para dar apertura a la necesidad de implementación de dicha documentación por parte de su presente administración.

### **7.1 TIPO DE ESTUDIO, POBLACIÓN Y MUESTRA**

El tipo de estudio que se aplica es descriptivo, pues se centra en la interpretación de lo observado, de la revisión de documentos existentes y de la información que surge de la aplicación del instrumento de diagnóstico.

Además, tiene un componente propositivo en la medida en que se deja la documentación necesaria para la implementación de procesos con calidad estándar.

Población: Procesos administrativos y Procesos asistenciales del Centro de Especialistas de Santander CES del municipio de San Gil.

Muestra: Procesos administrativo y Procesos asistenciales de Radiología y Enfermería, del Centro de Especialistas de Santander CES del municipio de San Gil.

## **7.2 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

En este estudio se utilizaron fuentes primarias y secundarias de información como: instrumento de recolección de información (Diagnóstico de los procesos administrativos y asistenciales de enfermería y radiología en el CES), observación y el análisis documental.

## 8. DIAGNÓSTICO DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y ASISTENCIALES DE ENFERMERÍA Y RADIOLOGÍA EN EL CES

La recolección de información se hizo a través de la aplicación de un instrumento<sup>1</sup> diseñado y aprobado previamente, en cada una de las áreas a considerar en el presente trabajo; se solicitó la autorización de las directivas para acceder a la información de la institución aclarando su fin académico; los profesionales y demás personal del área, estuvieron prestantes a la realización del diagnóstico. Dicho diagnóstico permitió hallazgos importantes, descritos a continuación y se consolidó como la fuente de información básica para la construcción de los documentos de estandarización.

### 8.1 RESULTADOS DIAGNÓSTICO DEL PROCESO ADMINISTRATIVO

**Tabla 1. Proceso administrativo**

<b>PROCESO ADMINISTRATIVO</b>		
<b>ALCANCE</b>	Asignación de citas Archivo de Historias clínicas Referencias contrarreferencia	
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>Responsables proceso</b>	<b>Beneficiarios</b>
Asignación de citas	Auxiliar administrativo	Nueva EPS, EPS Sanitas, Avanzar Médico, Coomeva, Clinisalud, Fundación Finsema, Socormédicas, Clínica Santa Cruz de la Loma de San Gil, Alcaldía Curití, ESE Hospital San José de Valle de San José, ESE Hospital Integrado San Juan de Dios de Barichara, Ecopetrol, Colsanitas, Suramericana, Coomeva, Prepagada, Cafesalud, Seguros Bolívar, Particulares.
Autorizaciones	Auxiliar administrativo	
Recepción de documentos	Auxiliar administrativo	
Venta de cuotas moderadoras y copagos	Auxiliar administrativo	
Archivo	Auxiliar administrativo	

Fuente: Autores

<sup>1</sup> Ver Anexo 1

Se ha observado que existe una gran disminución de la efectividad y eficiencia en los servicios, iniciando desde el área operativa, afectando la eficacia en el área asistencial (radiología y enfermería); los usuarios presentan en el buzón de sugerencias inconformidad por la demora en el servicio, largas filas, llamadas sin respuesta positiva ante la solicitud de citas, servicio de referencia y contra referencia deficiente, no siendo oportuno el servicio de medicina especializada y de toma de ayudas de alta complejidad. Además, se pudo identificar que existe documentación de acciones asignadas como funciones y el personal no conocía cual era la secuencia de las actividades que desarrollaba realizando tareas independientes no interrelacionadas, desconociendo los procesos como hechos integrales; asimismo, la dirección no puede controlar los procesos de las diferentes áreas que tiene la organización ni los recursos empleados para el desarrollo de los mismos; impidiendo platearse metas que le permitan ser competitivos en el mercado.

## 8.2 RESULTADOS DIAGNÓSTICO ÁREA ENFERMERÍA

**Tabla 2. Área enfermería**

<b>ÁREA ENFERMERÍA</b>		
<b>ALCANCE</b>	Atención de Programas de Promoción y prevención Procedimientos menores : Micronebulizaciones, curaciones, Inyectología, retiro de puntos, colocación de enema travad, cateterismo vesical, administración de medicamentos Vigilancia en Salud pública	
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>Descripción de la actividad</b>	<b>Responsable de la actividad</b>
Micronebulizaciones	Se recibe orden médica con el copago Se explica procedimiento. Se entrega equipo de MNB y se dan indicaciones. Se realiza el procedimiento de acuerdo al protocolo. Se registra en la planilla, para su respectiva firma.	Enfermera profesional  Auxiliar de enfermería
Curaciones	Se debe hacer orden médica, copago y autorización en caso de ser de la nueva E.P.S. Se alista el equipo para procedimiento. Se explica el procedimiento. Se realiza de acuerdo al protocolo. Se dan recomendaciones sobre signos	Enfermera profesional  Auxiliar de Enfermería.

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>Descripción de la actividad</b>	<b>Responsable de la actividad</b>
	de alarma. Programación próxima curación.	
Retiro de puntos	Debe traer orden médica. Se alista equipo de retiro. Se retiran puntos de acuerdo al protocolo.	Enfermera profesional Auxiliar de Enfermería.
Lavado de Oído	Se recibe orden con el bono y se programa según protocolo. Se realiza el lavado según protocolo.	Enfermera profesional Auxiliar de Enfermería.
Inyectología	Se recibe orden médica de Inyectología. Se explica procedimiento. Se realiza Inyectología según protocolo. Se dan recomendaciones sobre formula médica.	Enfermera profesional Auxiliar de Enfermería.
Citologías.	Se registra demanda incluida. Se registra en planilla. Se explica procedimiento. Se realiza toma según protocolo. Se programa próxima cita y resultado.	Enfermera profesional  Auxiliar de Enfermería
Informes.	Se realizan o ejecutan los programas incluidos de p y p, a través de la demanda incluida o consulta externa, se elaboran planillas de acuerdo a la programación mensual, se realiza informe individual y consolidado de cada programa y se envía acorde a la normatividad de la Nueva E.P.S.	Enfermera profesional  Auxiliar de Enfermería.

Fuente: Autores

En el proceso de enfermería se encuentra definido el procedimiento pero no está descrito todo el proceso obviando información importante en la descripción y anotación de la historia clínica incumpliendo involuntariamente en lo descrito en la legislación colombiana, como lo es la resolución 1995 de 1.999; la profesional encargada del área tiene claro el proceso desde la academia pero no fue dado en la inducción; no se evidencia documentación de guías y procedimientos de enfermería afectando la calidad y confiabilidad del servicio prestado.

### 8.3 RESULTADOS DIAGNÓSTICO ÁREA RADIOLOGÍA

**Tabla 3. Área Radiología**

<b>ÁREA RADIOLOGÍA</b>		
<b>ALCANCE</b>	Asignación toma de placas Entrega de resultados.	
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>Responsables del proceso</b>	<b>Beneficiarios</b>
Asignación de citas Transcribir los resultados Imprimir los resultados Entregar resultados	Auxiliar administrativa	Nueva EPS, EPS Sanitas, Avanzar Médico, Coomeva, Clinisalud, Fundación Finsema, Socormédicas, Clínica Santa Cruz de la Loma de San Gil, Alcaldía Curití, ESE Hospital San José de Valle de San José, ESE Hospital Integrado San Juan de Dios de Barichara, Ecopetrol, Colsanitas, Suramericana, Coomeva Prepagada, Cafesalud, Seguros Bolívar, Particulares.
Toma de placas	Tecnólogo de radiología	
Lectura	Médico radióloga.	

Fuente: Autores

El proceso de radiología se encuentra documentado y estructurado pero no se evidencia que sea estandarizado perdiéndose la secuencia de las acciones realizadas, haciendo que los procesos no sean medibles por tanto no se puede contemplar la calidad del servicio y la calidad del diagnóstico; se evidencia una cooperación entre las funciones pero no se observa guía, llevando a que el servicio se colapse si alguna de las personas asignadas a la ejecución de una actividad específica, faltase. Se observa que la calidad depende de una adecuada combinación y manejo de procedimientos y habilidades personales.

## 9. INSTRUMENTOS GENERALES DE ESTANDARIZACIÓN


### 9.1 PROCEDIMIENTOS

Es un elemento de control, conformado por el conjunto de especificaciones, relaciones y ordenamiento de las tareas requeridas para cumplir con las actividades de un proceso o actividad, controlando las acciones que requiere la operación de una empresa y/o entidad. Establece métodos estándar para realizar tareas, pueden participar varios responsables, no tiene medición y autoridad en la ejecución de las actividades.

#### 9.1.1 Procedimientos del Proceso Administrativo

##### 9.1.1.1 Procedimiento de Asignación de Citas

**Tabla 4. Procedimiento de Asignación de Citas**

 <b>CENTRO DE ESPECIALISTAS DE SANTANDER</b> <small>CONVENIO DE SERVICIOS FOSCAL / BUCARAMANGA</small>	<b>PROCESO ADMINISTRATIVO</b>	<b>Código: PCES.01</b>
	<b>PROCEDIMIENTO DE ASIGNACIÓN DE CITAS</b>	<b>Versión: 01</b>
		<b>Página 1 de 2</b>
<b>Revisó Coordinador Administrativo</b>	<b>Aprobó Administrador</b>	<b>Fecha de aprobación Abril 4 de 2012</b>

<b>OBJETIVO</b>	<b>ALCANCE</b>
Definir los lineamientos para asignar las citas correspondientes a las consultas, con el fin de garantizar la prestación del servicio a los beneficiarios de los servicios de forma accesible.	Aplica a todos los beneficiarios del Centro de Especialistas de Santander, del municipio de San Gil.
<b>NORMATIVIDAD</b>	
Decreto 1011 de 2006, Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SOGCS	
Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, Ministerio de la Protección Social, Noviembre de 2005	

### CONSIDERACIONES

El Centro de Especialistas de Santander, cuenta con dos formas para la asignación de las citas: Por teléfono - por ventanilla

Horarios para solicitud de citas:

Jornada de la mañana:

Por ventanilla: A partir de las 8:00 a.m. para el siguiente día.

Por teléfono (7243330): A partir de las 9:00 a.m. para el siguiente día.

**Nota:** El auxiliar administrativo encargado de la asignación de las citas, elabora una agenda semanal, según la disponibilidad del profesional, para registrar las citas asignadas.

### PROCEDIMIENTO

1. El auxiliar administrativo recibe del usuario la orden (según el caso) y el número del documento de identidad.
2. Revisa la disponibilidad del profesional en la agenda semanal, de acuerdo con el tipo de cita solicitada por el beneficiario.
3. Registrar en la Agenda la hora de la consulta y el número de documento de identidad del paciente en el lugar correspondiente al profesional que lo va atender
4. Entrega al paciente un formato de asignación de cita, donde especifique fecha, hora, profesional que lo atenderá y consultorio.
5. Al finalizar la jornada revisa la agenda y realiza un registro de citas por cada profesional y anexa las Historias Clínicas que se atenderán en la siguiente jornada, organizándolas por profesional y hora de atención.
6. Entrega el registro de citas con las Historias Clínicas correspondientes a todos los profesionales, al inicio de cada jornada.


### CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	Abril 4 de 2012	Creación del documento

Fuente: Autores

### 9.1.1.2 Procedimiento de Referencia y Contrarreferencia

**Tabla 5. Procedimiento de Referencia y Contrarreferencia**

 <b>CENTRO DE ESPECIALISTAS DE SANTANDER</b> <small>CONVENIO DE SERVICIOS FOSCAL / BUCARAMANGA</small>	<b>PROCESO ADMINISTRATIVO</b>	<b>Código: PCES.02</b>
	<b>PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA</b>	<b>Versión: 01</b>
		<b>Página 1 de 2</b>
<b>Revisó Coordinador Administrativo</b>	<b>Aprobó Administrador</b>	<b>Fecha de aprobación Abril 4 de 2012</b>


OBJETIVO	ALCANCE
Definir los lineamientos para realizar la referencia de los pacientes que requieran un servicio de salud de más alto nivel de complejidad.	Aplica a todos los afiliados de la EPS Nueva EPS que son atendidos en el Centro de Especialistas de Santander del municipio de San Gil.
NORMATIVIDAD	
Decreto 2759 de 1991, Ley 100 de 1993 Ley 715 de 2001 Decreto 4747 de 2007	
CONSIDERACIONES	
<p><b>Definiciones:</b></p> <p><b>Régimen de Referencia y Contra referencia</b>, se define como el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.</p> <p><b>La Referencia</b> es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud.</p> <p><b>La Contra referencia</b> es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contra remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.</p> <p><b>Especialidades básicas:</b> Medicina Interna, Ginecología, Pediatría Cirugía</p>	

General.		
<b>Sub especialidades:</b> Todas las especialidades excluyendo a las especialidades básicas		
El Centro de especialista de Santander tiene como Centro de Referencia a la FOSCAL		
PROCEDIMIENTO		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El paciente debe radicar en ventanilla la remisión a medicina especializada o la orden de examen especializado según sea el caso.</li> <li>2. La auxiliar administrativa explica al paciente que debe preguntar por la cita de dicho servicio en ocho días hábiles si la autorización la da el centro de referencia de la FOSCAL y en veinte cuatro horas si la autorización la da la Coordinación médica del Centro de Especialistas.</li> <li>3. Las autorizaciones que deben ir al centro de referencia se envían tres veces a la semana a la FOSCAL con soportes documentales como historia clínica, remisión y exámenes complementarios.</li> <li>4. Las autorizaciones que son dadas por Coordinación Médica, se entregan con soportes, después de ser auditadas por ella con aprobación o devolución; se dejan en recepción para entregar al día siguiente al paciente.</li> </ol>		
CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	Abril 4 de 2012	Creación del documento

Fuente: Autores

### 9.1.1.3 Procedimiento de Archivo de Historias Clínicas

**Tabla 6. Procedimiento de Archivo de Historias Clínicas**

	<b>PROCESO ADMINISTRATIVO</b>	<b>Código: PCES.03</b>
	<b>PROCEDIMIENTO DE ARCHIVO DE HISTORIAS CLINICAS</b>	<b>Versión: 01</b>
		<b>Página 1 de 2</b>
<b>Revisó Coordinador Administrativo</b>	<b>Aprobó Administrador</b>	<b>Fecha de aprobación Abril 4 de 2012</b>

OBJETIVO	ALCANCE
Definir los lineamientos para el archivo de la historia clínica en el Centro de Especialistas de Santander y cumplir con lo dispuesto en la Resolución 1995, en lo que se refiere a archivo.	Aplica a todos los profesionales, técnicos y auxiliares del área de la salud que prestan servicios el Centro de Especialistas de Santander.
NORMATIVIDAD	
Acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997. Archivo General de la Nación. Resolución número 1995 de 1999, Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica	
CONTENIDO	
DEFINICIONES / ABREVIATURAS	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anexos de la historia clínica: Son todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), notas de procedimientos, incapacidades, trámites administrativos y demás documentos que sean considerados importantes por el Proceso Administrativo del CES.</li> <li>• Archivo Central: Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestador, transcurridos cinco (5) años desde la última atención y hasta quince (15) años después.</li> <li>• Archivo de Gestión: Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los usuarios activos y de los que no han utilizado el servicio durante los cinco años siguientes a la última atención.</li> <li>• Archivo Histórico. Es aquel al cual se transfieren las Historias Clínicas que por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente.</li> <li>• Historia Clínica (HC): Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.</li> <li>• Historia Clínica para efectos archivísticos: Se entiende como el expediente conformado por el conjunto de documentos en los que se efectúa el registro obligatorio del estado de salud, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en la atención de un paciente, el cual también tiene el carácter de reservado.</li> <li>• Registros específicos: Son los documentos en los que se consignan los datos e informes de un tipo determinado de atención y varía según el servicio que se presta.</li> </ul>	

- CES: Centro de Especialistas de Santander

## **CONTENIDOS MÍNIMOS DE LA HISTORIA CLÍNICA**

La HC debe ser completa, incluyendo la siguiente información:

- Identificación del paciente.
- Motivo de consulta (MC)
- Enfermedad actual (EA).
- Revisión por sistemas (RS), en los casos que aplique
- Antecedentes personales y familiares.
- Análisis (A).
- Diagnóstico(s).
- Plan(es) de tratamiento

## **RETENCIÓN Y TIEMPO DE CONSERVACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS**

La historia clínica debe conservarse por un periodo mínimo de 20 años contados a partir de la fecha de la última atención. De esta manera, debe permanecer como mínimo cinco (5) años en el archivo de gestión del prestador de servicios de salud, y mínimo quince (15) años en el archivo central. Cumplido este tiempo se eliminarán mediante incineración, de la cual se levantará un acta.

En caso de liquidación o cierre definitivo del servicio, la HC se deberá entregar al paciente o a su representante legal. Ante la imposibilidad de entrega inmediata al paciente o a su representante legal, el CES designará a cargo de quien estará la custodia de la Historia Clínica, hasta por el término de conservación previsto legalmente.

Si ya ha transcurrido el término de conservación, la historia clínica del paciente podrá destruirse de acuerdo con el procedimiento estipulado por el CES y que esté acorde con la reglamentación vigente.

## **CONDICIONES FÍSICAS DE CONSERVACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA**

Los archivos de historias clínicas deben conservarse en condiciones locativas, procedimentales, medioambientales y materiales, propias para tal fin, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Archivo General de la Nación en los Acuerdos 07 de 1994, 11 de 1996 y 05 de 1997, o las normas que los deroguen, modifiquen o adicionen. La HC se conservará en un área restringida, con acceso limitado al personal autorizado, conservando las historias clínicas en condiciones que garanticen la integridad física y técnica, sin adulteración o alteración de la información. El servicio es responsable por la custodia de la historia clínica y debe velar por la conservación de la misma y responder por su adecuado cuidado.


CONTROL DE CAMBIOS		
VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	Abril 4 de 2012	Creación del documento

Fuente: Autores

## 9.1.2 Procedimientos del Área de Enfermería

### 9.1.2.1 Procedimiento de Atención de Enfermería

Tabla 7. Procedimiento de Atención de Enfermería

	<b>PROCESO ASISTENCIAL</b>	<b>Código: PCES.04</b>
	<b>PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>	<b>Versión: 01</b> <b>Página 1 de 2</b>
<b>Revisó Coordinador Administrativo</b>	<b>Aprobó Administrador</b>	<b>Fecha de aprobación Abril 4 de 2012</b>

OBJETIVO	ALCANCE
Definir los lineamientos para realizar el ingreso de los usuarios a los programas de promoción y prevención, con el fin de garantizar la accesibilidad a dichos servicios.	Aplica a todos los afiliados de la EPS Nueva EPS que son atendidos en el Centro de Especialistas de Santander del municipio de San Gil.
NORMATIVIDAD	
Resolución 5251 de 1994, Acuerdo 117 de 1998, Resolución 00412 de 2000, Acuerdo 380 de 2007, Resolución 769 de 2008, Resolución 001963 de 2008, Resolución 7396 de 2008, Acuerdo 30 del CNSSS	
CONSIDERACIONES	
<b>Definiciones y/o Abreviaturas:</b>  <b>PYP:</b> Promoción y Prevención <b>CPN:</b> Control Prenatal <b>RCV:</b> Riesgo Cardiovascular <b>CYD:</b> Crecimiento y Desarrollo <b>PF:</b> Planificación Familiar	

**CCU:** Citología Cérvico uterina

**MG:** Medicina General

**Demanda Inducida (DI):** Toda acción encaminada a organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica y detección temprana

**DI interna:** La que se genera cuando el usuario está recibiendo otro servicio

**DI Externa:** Se genera por medio de llamas telefónicas, visitas domiciliarias

Todo usuario que se inscriba a Programa de P y P deberá pasar a una primera consulta de ingreso con MG. Exceptuando el programa de Detección temprana de cáncer de cérvix.

### PROCEDIMIENTO

1. Todo usuario que sea objeto de ingreso a programas de P y P por edad o condición y este recibiendo algún servicio como MG, odontología, laboratorio o ayudas diagnósticas, será remitido con la Enfermera profesional para la respectiva inscripción al programa.
2. La Enfermera profesional asignará cita de primera vez con MG para inscribir al usuario al programa de P y P
3. El día de cumplimiento de dicha consulta el usuario debe pasar nuevamente con la Enfermera profesional para programar nuevo control según corresponda con MG o seguimiento con enfermería.
4. Todo paciente que ha ingresado a algún programa de P y P debe quedar en una base de datos para ser enviada mensualmente a la Coordinación General de P y P de la Nueva EPS.
5. Según la base de datos que se maneja de la Nueva EPS, se debe hacer DI externa a las poblaciones objeto de ingreso a programas de P y P.

### CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	Abril 4 de 2012	Creación del documento

Fuente: Autores


## 9.2 GUÍAS

Las Guías son un documento que contiene los lineamientos técnicos para la atención, orientan al personal de los servicios y se aplican a las personas que presentan un determinado problema o situación de salud, con un enfoque de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Se construyen con base en la metodología de gestión de procesos. Aseguran la calidad de las intervenciones en salud y define la secuencia y el cuidado que se debe tener al proporcionar la atención.

### 9.2.1 Guías del Proceso Administrativo

#### 9.2.1.1 Guía para el manejo de Cuotas Moderadoras y Copagos

**Tabla 8. Guía para el manejo de Cuotas Moderadoras y Copagos**

 <b>CENTRO DE ESPECIALISTAS DE SANTANDER</b> CONVENIO DE SERVICIOS FOSCAL / BUCARAMANGA	<b>PROCESO ASMINISTRATIVO</b>	<b>Código: GCES.01</b>
	<b>GUÍA PARA MANEJO DE CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS</b>	<b>Versión: 01</b>
		<b>Página 1 de 2</b>
<b>Revisó Coordinador Administrativo</b>	<b>Aprobó Administrador</b>	<b>Fecha de aprobación Abril 4 de 2012</b>

<b>No.</b>	<b>Actividad</b>	<b>Responsable</b>	<b>Documento/Registro Asociado</b>
1	Guía para manejo cuotas moderadoras y copagos	Auxiliar Administrativo	

#### 1. INSUMOS REQUERIDOS

- Base de datos actualizada de la EPS
- Documento de identificación del usuario

#### 2. FUNCIONES PARA EL PROCESO

##### 2.1. Profesional Encargado

Auxiliar Administrativo

### 3. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

**Cuota moderadora:** Tiene por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS, es decir, evitar el uso inadecuado por parte del usuario en el régimen contributivo.

**Copago:** Corresponde a una parte del valor del servicio cubierto por el POS y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema en el régimen contributivo y en el régimen subsidiado.

#### **Recaudo de las diferentes cuotas**

Cuota moderadora: la EPS en el Régimen Contributivo

Copago: la EPS en el Régimen Contributivo y en el Régimen Subsidiado

Cuota moderadora en el régimen contributivo: Los afiliados cotizantes y los afiliados beneficiarios deben pagar a las EPS cuando reciben los siguientes servicios cubiertos en el POS:

- Consulta externa médica, odontológica, o con profesionales de la salud (no médica)
- Consulta externa por médico especialista
- Fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de medicamentos formulados
- Exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de exámenes incluidos en ella
- Exámenes de diagnóstico por imagenología, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de exámenes incluidos en ella.

En el régimen contributivo las EPS no pueden cobrar cuota moderadora en los casos de urgencia médica o por prescripciones regulares y servicios suministrados dentro de un programa especial de atención integral para patologías específicas en forma programada, como por ejemplo, la atención permanente de la hipertensión arterial o de la diabetes y de pacientes con VIH-Sida entre otros.

*Copagos en el régimen contributivo:* los afiliados cotizantes no pagan copagos por ningún servicio cubierto en el POS. Los afiliados beneficiarios si deben pagar copago a su EPS cuando reciben atención con servicios cubiertos en el Plan Obligatorio de Salud como por ejemplo hospitalización, procedimientos o tratamientos quirúrgicos, con excepción de los siguientes:

- Servicios de promoción y prevención
- Programas de control en atención materno infantil
- Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles
- Enfermedades catastróficas o de alto costo
- La atención inicial de urgencias

***Valor (pesos) de cuota moderadora según el nivel por IBC (Índice Base de cotización) año 2012***

- I Menos de 2 SMLMV \* 11.7% de un salario mínimo diario legal vigente \$2.200
- II De 2 a 5 SMLMV \* 46.1% de un salario mínimo diario legal vigente \$8.700
- III Más de 5 SMLMV \* 121.5% de un salario mínimo diario legal vigente \$22.900

**Procedimiento**

- Todo usuario que tenga cita asignada para cualquier tipo de servicio, debe acercarse a la ventanilla de cuotas moderadoras y Copagos, incluyendo aquellos que tiene excepción para el pago de cuota moderadora
- El funcionario pide un documento de identificación
- Verifica en la base de datos que es enviada diariamente por la EPS Nueva EPS.
- Se procede a cobrar la cuota moderadora según el nivel o el copago según el valor del procedimiento.
- El sistema arroja una boleta que debe ser entregada al profesional que le va a prestar el servicio al usuario.
- A los usuarios que asisten a un servicio que tiene excepción para el pago de cuota moderadora también se le debe entregar la boleta que indique esta condición.

#### 4. COMPLICACIONES

Muy frecuentemente sucede que un usuario no aparece en la base de datos.

#### 5. BIBLIOGRAFÍA

[www.pos.gov.co](http://www.pos.gov.co)

[www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/Acuer260.htm](http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/Acuer260.htm)

[www.cres.gov.co/Portals/0/cuotasmoderadorasycopagos2012\\_1.doc](http://www.cres.gov.co/Portals/0/cuotasmoderadorasycopagos2012_1.doc)

#### 6. CONTROL DE CAMBIOS


VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	Abril 4 de 2012	Creación del Documento

Fuente: Autores

#### 9.2.2 Guías del Área de Enfermería

##### 9.2.2.1 Guía para Manejo de la Historia Clínica

Tabla 9. Guía para Manejo de la Historia Clínica

 <b>CES</b> CENTRO DE ESPECIALISTAS DE SANTANDER CONVENIO DE SERVICIOS FOSCAL / BUCARAMANGA	<b>PROCESO ASISTENCIAL</b>	<b>Código: GCES.02</b>
	<b>GUÍA PARA MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA</b>	<b>Versión: 01</b>
		<b>Página 1 de 2</b>
<b>Revisó Coordinador Administrativo</b>	<b>Aprobó Administrador</b>	<b>Fecha de aprobación Abril 4 de 2012</b>

No.	Actividad	Responsable	Documento/Registro Asociado
2	Guía para manejo de la Historia Clínica	Médicos y enfermeras profesionales	

## **1. INSUMOS REQUERIDOS**

- Identificación del paciente.
- Motivo de consulta (MC)
- Enfermedad actual (EA).
- Revisión por sistemas (RS), en los casos que aplique
- Antecedentes personales y familiares.
- Análisis (A).
- Diagnóstico(s).
- Plan(es) de tratamiento.
- Formatos de historias clínicas de programas de Promoción y Prevención.

## **2. FUNCIONES PARA EL PROCESO**

### **2.2. Profesionales en salud**

Médicos, enfermeras profesionales.

## **3. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

- Se realizará el proceso de apertura de historia clínica a todos los pacientes.
- Debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas no autorizadas.
- Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo, firma del autor y sello.
- La identificación de la historia se hará con el número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad y el número de la tarjeta de identidad y/o registro civil para los menores de edad;
- Los componentes de la Historia Clínica, son los registros específicos, los anexos y los demás considerados pertinentes.
- Todos los folios que hacen parte de la HC deben numerarse en forma consecutiva.
- Los reportes de exámenes de laboratorio e imágenes diagnósticas deben ser registrado en la historia clínica,
- Toda anotación diaria debe llevar la fecha y hora de atención, así como la firma y sello de quien la realiza. Los exámenes de laboratorio, imagenológicos deben tener una interpretación clínica que estará registrada en la historia.
- Todas las notas deben llevar un concepto o diagnóstico del profesional tratante así como un plan de manejo, el cual no puede estar expresado como “igual manejo, iguales órdenes médicas, seguir igual tratamiento”.

- Si se han realizado procedimientos quirúrgicos o terapéuticos, se deberá anotar una descripción clara y completa de cada uno de ellos, de las complicaciones si las hubo, y de las medidas tomadas para manejarlas.
- Cuando se realice una cita de seguimiento, se podrá realizar una nota de evolución en la cual se describirá brevemente, el motivo de consulta, evolución del paciente, los hallazgos al examen físico o interrogatorio, el análisis del profesional, el diagnóstico y el plan o recomendaciones de manejo. Es decir se describirá un SOAP:
  - Subjetivo (S): Comprende el motivo de consulta y la enfermedad actual.
  - Objetivo (O): lo que el profesional de salud encuentra al interrogatorio y examen físico (EF).
  - Análisis (A): un análisis que correlaciona lo expresado por el paciente, lo encontrado al EF y una pequeña conclusión de posible diagnóstico y recomendaciones a seguir.
  - Plan (P): Aquí se registra el tratamiento farmacológico o medidas no farmacológicas, las recomendaciones dadas al paciente, las observaciones de control y los días de incapacidad, de ser el caso.
- Si existen errores en la historia clínica, se corregirán pasando una sola línea sobre el error y anotando la fecha y firma de la persona. El dato correcto se anotará lo más cercano posible o en el lugar que corresponda.
- Todos los formularios incorporados en la historia clínica deben estar identificados con el nombre completo y número de historia clínica del paciente.
- La historia clínica del programa de Control Prenatal y de Crecimiento y Desarrollo, tiene unos formatos diseñados; deben ser diligenciados los espacios diseñados para registro de cada control.

#### **4. COMPLICACIONES**

Ninguna

#### **5. BIBLIOGRAFÍA**

Guía para la elaboración de un Departamento de Registros Hospitalarios. Organización Panamericana de la Salud, Publicaciones Científicas No 110, Diciembre de 1999.

Registros Médicos e Historias Clínicas. Ministerio de Salud. Oficina de Planeación, División e informática. Bogotá. Enero de 1993.

Normas sobre Ética Médica. Ley 23 de 1981. Decreto Reglamentario 3380 de 1981, Código de Ética del Odontólogo Colombiano. Ley 35 de 1989.

Normas para el manejo de la Historia Clínica. Ministerio de Salud. Resolución 1995 de 1999.

Resolución 058 de 2007. Ministerio de la Protección Social


## 6. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	Abril 4 de 2012	Creación del Documento

Fuente: Autores

### 9.2.2.2 Guía para la Toma de Citologías

Tabla 10. Guía para la Toma de Citologías

	<b>PROCESO ASISTENCIAL</b>	<b>Código: GCES.03</b>
	<b>GUÍA PARA LA TOMA DE CITOLOGÍAS</b>	<b>Versión: 01</b>
		<b>Página 1 de 2</b>
<b>Revisó Coordinador Administrativo</b>	<b>Aprobó Administrador</b>	<b>Fecha de aprobación Abril 4 de 2012</b>

No.	Actividad	Responsable	Documento/Registro Asociado
3	Guía para la toma de citologías	Auxiliar de Enfermería y enfermeras profesionales	

## 1. INSUMOS REQUERIDOS

- Espéculo
- Espátula Plana de Plástico
- Cito cepillo

- Lámina de vidrio portaobjetos
- Guantes limpios
- Cito fijador

## **2. FUNCIONES PARA EL PROCESO**

- Relacionar al paciente en la planilla de registro diario de actividades
- Diligenciar el formato de toma de citología
- Marcar la lamina con nuero de documento de la paciente
- Toma de las muestras
- Envolver la lámina en el formato correspondiente y se sella individualmente.
- Registra en la planilla el número de citologías y la fecha de envío.
- Enviar la lámina al laboratorio para el examen citopatológico.
- La Enfermera revisa e interpreta los resultados y los clasifica.
- Entrega de resultados.

### **2.1. Profesionales en salud**

Auxiliar de Enfermería  
Enfermera profesional

## **3. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

- Se le pide a la paciente que este muy tranquila,
- Se le indica acostarse en la camilla en posición ginecológica que respire profundo y que no puje.
- Se introduce el especulo en la vagina y se busca el cuello del útero.
- Cuando ya se puede observar bien el cuello del útero, con una pequeña espátula plana de plástico se toma una muestra de las células superficiales (exocervix) del cuello y con un citocepillo se toma la segunda muestra al introducirlo en el cuello del útero (endocervix).
- Las muestras se colocan en una lámina portaobjetos, de la siguiente manera: la primera muestra se expande hacia abajo y la segunda en forma circular sin que vayan a quedar grumos.
- Después se le aplica el citofijador.
- Se deja secar y se guarda en la caja protectora

#### 4. COMPLICACIONES

Ninguna

#### 5. BIBLIOGRAFÍA

GARCIA, E. et al. Validación de la citología cervicouterina convencional con prueba de referencia histopatológica en la identificación de cáncer escamocelular invasor. En Obstetricia y Ginecología. Chile; Vol. 3, No. 71 (2006), p.184-188.


#### 6. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	Abril 4 de 2012	Creación del Documento

Fuente: Autores

#### 9.2.2.3 Guía para el Manejo de Curaciones, Heridas o Quemaduras

Tabla 11. Guía para el Manejo de Curaciones, Heridas o Quemaduras

 <b>CES</b> CENTRO DE ESPECIALISTAS DE SANTANDER CONVENIO DE SERVICIOS FOSCAL / BUCARAMANGA	<b>PROCESO ASISTENCIAL</b>	<b>Código: GCES.04</b>
	<b>GUÍA PARA EL MANEJO DE CURACIONES, HERIDAS O QUEMADURAS</b>	<b>Versión: 01</b>
<b>Revisó Coordinador Administrativo</b>	<b>Aprobó Administrador</b>	<b>Página 1 de 3</b>
		<b>Fecha de aprobación Abril 4 de 2012</b>

No.	Actividad	Responsable	Documento/Registro Asociado
4	Guía para el manejo de curaciones, heridas o quemaduras	Auxiliar de Enfermería y Enfermera profesional	

#### 1. INSUMOS REQUERIDOS

- Una bandeja donde se lleva todo el material.

- Recipientes con tapa que contengan: gasas, apósitos, baja lenguas.
- Guantes limpios.
- Guantes estériles.
- Bisturí.
- Solución salina normal.
- Esparadrapo Micropore.
- Crema antimicrobiana si lo amerita el caso

## 2. FUNCIONES PARA EL PROCESO

### 2.1. Profesionales en salud

Auxiliar de enfermería  
Enfermera Jefe

## 3. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

### TIPOS DE HERIDAS

#### Según la integridad de la piel

**Herida Abierta** Herida con solución de continuidad de la piel o de las mucosas, cuya causa es traumatismo con objeto cortante o contusión. Por ejemplo, incisión quirúrgica, venopunción o herida por arma de fuego o arma blanca.

**Herida Cerrada** Herida sin solución de continuidad de la piel, cuya causa es contusión con objeto romo, fuerza de torsión, tensión o desaceleración contra el organismo. Por ejemplo, fractura ósea o desgarró visceral.

#### De acuerdo a la gravedad de la lesión.

**Herida Superficial** Que solo afecta a la epidermis, cuya causa es el resultado de la fricción aplicada a la superficie cutánea. Por ejemplo. Abrasión o quemadura de primer grado.

**Herida Penetrante** Con solución de continuidad de la epidermis, dermis y tejidos u órganos más profundos cuya causa es un objeto extraño o instrumento que penetra profundamente en los tejidos corporales, habitualmente de forma involuntaria. Por ejemplo heridas por arma de fuego o puñalada.

### **De acuerdo a la limpieza o grado de contaminación**

**Herida Limpia** Son aquellas no contaminadas, no existe inflamación y no hay penetración a los sistemas respiratoria, digestiva, genitourinaria ni cavidad orofaríngea. Cierra sin problemas.

**Herida Limpia/ Contaminada.** Son incisiones quirúrgicas con penetración controlada, bajo condiciones de asepsia y donde hay penetración en una cavidad corporal que contiene microorganismos en forma habitual como el aparato respiratorio, digestivo, genitourinario o en cavidad orofaríngea. Se incluyen cirugías del tracto biliar, gastrointestinal, apéndice, vagina, orofaringe, con preparación previa. Heridas o fracturas abiertas de menos de 4 horas sin recibir antibióticos.

**Herida Contaminada.** Son las accidentales, contaminadas con material extraño, pueden ser recientes o abiertas o las incisiones con trasgresión flagrante de las normas de asepsia quirúrgica, o derrame considerable de contenido gastrointestinal, aquí también se incluyen las incisiones con inflamación aguda no supurativa, fracturas y heridas con más de 4 horas de evolución, así se haya iniciado el tratamiento con antibiótico.

**Herida Infectada Sucia.** Se trata de heridas traumáticas de más de 4 horas de evolución, con retención de tejidos desvitalizados, o incisión quirúrgica sobre una zona infectada, o con perforación de vísceras, herida que no cicatriza bien y en la que crecen organismos. La probabilidad de infección es >25%.

### **3.1. Descripción del Procedimiento**

#### **Herida Limpia**

- Colocar al paciente en una posición cómoda que permita que la solución de lavado fluya sobre la herida.
- Colocar el material próximo en una mesa auxiliar.
- Colocar la riñonera próxima al sitio de curación.
- Hacer ahora lavado de manos, preferiblemente con jabón quirúrgico.
- Colocar los guantes y tapabocas según se requiera.
- Retirar apósito manchado, evaluar y desechar en la riñonera, dejándolos caer a una distancia mayor a 15 cm.
- Valorar la herida observando presencia de inflamación, enrojecimiento, induración o secreciones.
- Realizar el lavado de la herida con técnica aséptica utilizando SSN 0.9% de forma lenta y con flujo continuo desde el sitio más limpio al más sucio, de manera suave que no cause lesiones, repítase la limpieza hasta que elimine la secreción.

- Secar los bordes de la herida con gasa estéril desde el sitio más limpio al más contaminado.
- Cubrir con gasas estériles, fíjelo con esparadrapo: En caso de exudado leve o inflamación y enrojecimiento, aplicar crema antimicrobiana y luego cubrir con gasa estéril, si no se encuentran signos de infección, dejar descubierto.
- Desechar el material contaminado depositado en la riñonera, en la bolsa roja.
- Quitar los elementos de protección.
- Lavar las manos.
- Evaluar las condiciones de la herida después de 72 horas.
- Dar indicaciones al paciente de cómo hacerse la limpieza en casa: Si está cubierta la herida, deberá descubrirla de 24 a 48 horas y lavar con agua limpia en el momento del baño general o si se dispone de recursos, con solución salina (suero) y gasa, secar y cubrir de nuevo, si la herida está seca deberá dejarse descubierta.
- Registrar el procedimiento en el diario de actividades de enfermería.
- Nota: En caso de heridas limpias con menos de 3 cm de longitud o en retiros de puntos, no se utilizarán guantes limpios, en su lugar se empleará una pinza Kelly.

### **Herida limpia contaminada**

- Realizar los pasos para herida limpia.
- Si la herida está cerrada y no hay salida de exudado dejar descubierta
- Si la herida está abierta con moderado exudado irrigar utilizando presión continua con SSN 0.9% y dejar libre de exudado.
- Luego utilizar apósito de gasa húmedo para cubrirla favoreciendo el proceso de cicatrización o aplicar crema antimicrobiana y posteriormente cubrir con gasa seca.
- Realizar curación cada 24 horas hasta observar que no hay salida de exudado o hay presencia de tejido de granulación en el caso de la herida abierta. (En promedio 4-5 días)  
Nota: Si al valorar la herida abierta la encuentra con tejido de granulación libre de exudado realizar afrontamiento de los bordes con esparadrapo en forma de mariposa y dejar descubierto.
- En caso de heridas abrasivas debidas a caídas, en las cuales hubo contacto con pavimento, tierra o polvo; primero lavar con abundante agua y jabón y luego proceder a realizar el procedimiento para herida limpia.

### **Herida Contaminada**

- Realizar los pasos del cuidado de herida limpia.
- Si al valorar la herida encuentra tejido rojizo brillante, drenaje serosanguinolento escaso, sangrado fácil de tejido neoformado:
- Realizar curación cada 12 a 24 horas de acuerdo a las características del drenaje; conservar la técnica aséptica.

- Para retirar el vendaje que cubre la herida, determinar si se encuentra adherido a esta, caso en el cual debe humedecerlo con SSN 0.9% antes de retirarlo.
- Valorar la evolución del tejido de granulación.
- De acuerdo a lo anterior realizar la limpieza con SSN 0.9% estéril, sin frotar para no alterar el tejido neoformado.  
Nota: El método de limpieza mas inocuo es la irrigación con SSN 0.9%.
- Aplicar un apósito húmedo para cubrir la herida y fijar con esparadrapo para crear un ambiente húmedo y facilitar la licuefacción del tejido necrótico si existe, o aplicar colagenasa según capacidad del estudiante, si no existe tejido muerto, proceder a aplicar antibiótico local y cubrir con gasa estéril seca. Proteger la piel que circunda la herida.

### **Herida Infectada**

- Si después de la valoración de la herida encuentra como hallazgos un tejido rojo brillante, ausencia de olor fétido, sangrado fácil y ausencia de drenaje seropurulento, orientar su cuidado para un individuo con herida abierta no complicada.
- Si los hallazgos son: dolor intenso, olor fétido, drenaje purulento abundante, tener en cuenta los pasos para el manejo de herida limpia y considerar además los siguientes:
  - Administrar analgésico ordenado media hora antes de la curación.
  - Realizar la curación cada 12 a 24 horas, teniendo en cuenta si el drenaje es excesivo o abundante conservar la técnica aséptica.
  - Proteger los tendidos y ropas del paciente del contacto con los líquidos de la curación o del drenaje de la herida.
  - Realizar lavado de la herida a presión con SSN 0.9% y jabón antiséptico, irrigar las heridas infectadas, exudativas o necróticas así:
  - Utilizar presión continua sobre la bolsa y dirigir la salida de líquidos en Spray a la base de la herida o al borde del tejido necrótico, este método proporciona una presión ideal de la solución para lavar las heridas con un traumatismo tisular mínimo.
  - Repetir hasta que la solución este limpia y se haya removido la mayor cantidad de exudado y tejido desvitalizado
  - Realizar desbridamiento de la herida si observa tejido muerto lesionado ya que este tejido retrasa la curación y predispone a la infección. (Utilizando colagenasa o apósitos humedecidos en SSN).
  - Luego del lavado dejar perfectamente cubierta la herida empleando material estéril.
  - Valorar la cantidad y características del drenaje en cada curación.
- El tratamiento de la herida varía de acuerdo a la profundidad y tipo de la herida. En efecto mientras en los pacientes sin contaminación el tratamiento debe estar dirigido a proveer un medio húmedo libre de microorganismos, en los pacientes con infección de la superficie se requiere acciones específicas tendientes a disminuir la población bacteriana o a desbridar el tejido infectado.

- Cuando las quemaduras son de espesor intermedio o profundo, el tejido necrótico debe ser retirado. Para tal efecto se recurre al desbridamiento quirúrgico después de realizar estos procedimientos se cubre la herida con productos de uso tópico con coberturas cutáneas útiles en quemaduras superficiales, porque representa una forma de manejo muy simple y además suprimen gran parte del dolor; en las quemaduras profundas evitan la desecación y permiten la preservación de restos dérmicos, reduciendo de esta manera la exposición de tejido profundo y una vía de entrada a microorganismos infecciosos; también reduce la necesidad de realizar injertos mejorando el pronóstico de recuperación de la lesión.
- Usar técnica aséptica.
- Utilizar paquetes individuales de material o instrumental de curación.
- Mantener el equipo separado para heridas infectadas.
- Dejar las heridas descubiertas que son limpias o que tengan suturas.
- Rasurar el área si es necesario.
- Dejar tapadas las heridas que están abiertas o infectadas.

#### 4. COMPLICACIONES

**Hemorragia.** Salida de sangre de la circulación vascular que destruye la integridad del sistema circulatorio.

**Infección.** Penetración de microorganismos tales como bacterias, virus, hongos o parásitos en un organismo (el cuerpo humano), con permanencia o multiplicación posterior.

**Dehiscencia.** Es una separación parcial o total de las capas de los tejidos de la piel por encima de la fascia en una herida de mala cicatrización; puede ocurrir en cualquier tipo de incisión.

**Evisceración.** Es la protrusión del contenido de la herida. Es el resultado de que han cedido las suturas, así como de infecciones y con mayor frecuencia de la distensión considerable o de la tos, al igual está involucrada una nutrición deficiente.

## 5. BIBLIOGRAFÍA

DAVIS M.; DUNKLEY P.; HARDEN R.M.; HARDING K; LAIDLAW J.M.; Morris A.M.; WOOD R.AEI Programa de las Heridas: Una Nueva era en la Curación de las Heridas. Centre for Medical Education, The University of Scotland, Londres. 1994.

CABAL V.; BELLO I.; VARGAS C. (1998). Guía No.10, Guía de Intervención de Enfermería basa en la Evidencia: Heridas Convenio Instituto Seguro Social. Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería ACOFAEN, Colombia

SMELTZER Sc, Bare. Enfermería Medicoquirúrgica de Brunner y Suddarth. Tratamiento Postoperatorio de Enfermería. Mc Graw Hill Interamericana, México. 1998. p: 419 – 427.

POTTER P. Fundamentos de Enfermería Teoría y Práctica: Cuidados de las Heridas. Mosby Doyma, Madrid - España., 1996. p: 1135 –1172.

KOZIER B; BUFALINO Pm; Glenola. Fundamentos de Enfermería: Cuidado de las heridas. Interamericana, México. 1994. p: 829 – 854.


## 6. CONTROL DE CAMBIOS

<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA DE APROBACIÓN</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS</b>
01	Abril 4 de 2012	Creación del Documento

Fuente: Autores

## 9.2.2.4 Guía para el lavado y extracción de cuerpo extraño en oído

Tabla 12. Guía para el lavado y extracción de cuerpo extraño en oído

 CENTRO DE ESPECIALISTAS DE SANTANDER CONVENIO DE SERVICIOS FOSCAL / BUCARAMANGA	<b>PROCESO ASISTENCIAL</b>	<b>Código: GCES.05</b>
	<b>GUÍA PARA EL LAVADO Y EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN OIDO</b>	<b>Versión: 01</b>
		<b>Página 1 de 3</b>
<b>Revisó Coordinador Administrativo</b>	<b>Aprobó Administrador</b>	<b>Fecha de aprobación Abril 4 de 2012</b>

<b>No.</b>	<b>Actividad</b>	<b>Responsable</b>	<b>Documento/Registro Asociado</b>
5	Guía para el lavado y extracción de cuerpo extraño en oído	Auxiliar de Enfermería y Enfermera profesional	

### 1. INSUMOS REQUERIDOS

- Agua a temperatura corporal o tibia (30°C).
- Riñonera.
- Jeringa metálica otológica.
- Cánulas otológicas limpias y esterilizadas.
- Otoscopio, y espéculos auriculares limpios y esterilizados.
- Pinzas otológicas limpias y esterilizadas.
- Toalla.

### 2. FUNCIONES PARA EL PROCESO

#### 2.1. Profesionales en Salud

Auxiliar de enfermería  
Enfermera profesional

### 3. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Llega el paciente al consultorio de enfermería.
- Se recibe orden, se le indica al paciente o al familiar si es el caso, que debe acercarse a diligenciar el respectivo copago o bono a caja.
- Preparación de los materiales requeridos.
- Explicación el procedimiento al paciente.

- Realizar el lavado de manos y colocación de guantes limpios.
- Se realizará previamente Otoscopia.
- Se cargará la jeringa otológica con agua templada.
- El paciente estará sentado con una toalla sobre el cuello, para evitar en lo posible que se moje.
- Se sujeta el Pabellón Auricular con los dedos índice y pulgar, y al mismo tiempo se introduce la cánula ligeramente (entre 5 y 7 mm) sosteniendo la parte anterior de la jeringa con el dedo medio que estará perpendicular a la cabeza, de tal manera que la fuerza que mueve el émbolo hacia delante, no pueda transmitirse al cuerpo de la jeringa y por consiguiente, la cánula no se introduzca más hacia el interior del CAE.
- Por último, se inyecta el agua con cierta energía, dirigiéndola hacia la zona de contacto entre la pared del conducto y el tapón, buscando aberturas que faciliten el despegamiento.
- Se le pedirá al paciente que en caso de sentir dolor lo refiera al personal.
- Si el tapón no sale después de tres instilaciones de líquido, se observará con el otoscopio, y si sigue fijado al Conducto o Tímpano se citará al paciente dos días más tarde indicándosele que se instile otra vez gotas solventes en el CAE.

#### **4. COMPLICACIONES**

El procedimiento de extracción es una técnica "a ciegas", al no poder visualizarse, a causa del tapón, el Tímpano y el Oído Medio; pueden presentar complicaciones como: perforación timpánica, infección, náuseas, vómitos, dolor, mareos, vértigos, trastornos del equilibrio, sangrado y acúfenos. Estas complicaciones tienen una incidencia muy baja.

#### **5. BIBLIOGRAFÍA**

CABRERA GARCÍA A, QUINTANA LUZÓN C. Cuerpos extraños en conducto auditivo externo y fosas nasales. JANO 2001; 1425:27-28.

ÁLVAREZ DE CÓZAR F, MARTÍNEZ VIDAL A, DE LA HOZ BEL M. Cuerpos extraños en ORL. Urgencias ORL. Lab Menarini 1999: 127-36.


## 6. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	Abril 4 de 2012	Creación del Documento

Fuente: Autores

### 9.2.2.5 Guía de Enfermería para retiro de puntos

Tabla 13. Guía de Enfermería para retiro de puntos

 CENTRO DE ESPECIALISTAS DE SANTANDER CONVENIO DE SERVICIOS FOSCAL / BUCARAMANGA	<b>PROCESO ASISTENCIAL</b>	<b>Código: GCES.06</b>
	<b>GUÍA DE ENFERMERÍA PARA RETIRO DE PUNTOS</b>	<b>Versión: 01</b>
		<b>Página 1 de 3</b>
<b>Revisó Coordinador Administrativo</b>	<b>Aprobó Administrador</b>	<b>Fecha de aprobación Abril 4 de 2012</b>

No.	Actividad	Responsable	Documento/Registro Asociado
6	Guía de enfermería para retiro de puntos	Auxiliar de Enfermería y Enfermera profesional	

#### 1. INSUMOS REQUERIDOS

- Gasas estériles
- Solución salina normal
- Tijera de retiro de puntos
- Pinza mosquito
- Guantes limpios
- Riñonera

#### 2. FUNCIONES PARA EL PROCESO

##### 2.1. Profesionales en Salud

Auxiliar de enfermería  
Enfermera profesional

### 3. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Llega el paciente al consultorio de enfermería.
- Se recibe orden, se le indica al paciente o al familiar si es el caso, que debe acercarse a diligenciar el respectivo copago o bono a caja.
- Preparación de los materiales requeridos.
- Explicación del procedimiento al paciente.
- Realizar el lavado de manos y colocación de guantes limpios.
- Se acomoda el paciente según donde este el área de retiro de puntos
- Se realiza asepsia del sitio donde tiene los puntos
- Se toma la pinza con la mano no dominante y las tijeras con la dominante
- Sujete con las pinzas el nudo de la sutura y tire suavemente al tiempo que introduce cuidadosamente la punta de las tijeras debajo del mismo
- Seccione la sutura tan cerca de la piel como le sea posible
- Tire suavemente del nudo con un movimiento continuo para extraer completamente el hilo de sutura y déjelo en la riñonera
- Repita la maniobra con cada uno de los puntos.
- Al finalizar tire al depósito de desechos peligrosos lo que deda en la riñonera, los restos en la caneca respectiva.
- Realice las anotaciones de enfermería

### 4. COMPLICACIONES

Dehiscencia de la herida

### 5. BIBLIOGRAFÍA

CABAL V.; BELLO I.; VARGAS C. (1998). Guía No.10, Guía de Intervención de Enfermería basa en la Evidencia: Heridas Convenio Instituto Seguro Social. Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería ACOFAEN, Colombia


### 6. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	Abril 4 de 2012	Creación del Documento

Fuente: Autores

## 9.2.2.6 Guía para la realización de micronebulizaciones

**Tabla 14. Guía para la realización de micronebulizaciones**

	<b>PROCESO ASISTENCIAL</b>	<b>Código: GCES.07</b>
	<b>GUÍA PARA LA REALIZACIÓN DE MICRONEBULIZACIONES</b>	<b>Versión: 01</b>
		<b>Página 1 de 3</b>
<b>Revisó Coordinador Administrativo</b>	<b>Aprobó Administrador</b>	<b>Fecha de aprobación Abril 4 de 2012</b>

<b>No.</b>	<b>Actividad</b>	<b>Responsable</b>	<b>Documento/Registro Asociado</b>
7	Guía para la realización de micronebulizaciones	Auxiliar de Enfermería	

### 1. INSUMOS REQUERIDOS

- Nebulizador con conector
- Mascarilla facial
- Solución salina normal
- Medicamento

### 2. FUNCIONES PARA EL PROCESO

#### 2.1. Profesionales en salud

Auxiliar de enfermería

### 3. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Llega el paciente al consultorio de enfermería.
- Se recibe orden, se le indica al paciente o al familiar si es el caso, que debe acercarse a diligenciar el respectivo copago o bono a caja.
- Teniendo este requisito se brinda comodidad al paciente.
- Se prepara la máscara y el nebulizador con la solución salina normal y el medicamento según orden médica.
- Realizar correcto lavado de manos
- Colocar al paciente en posición Fowler.

- Dar paso a la fuente de oxígeno o de aire a presión, observando que se produzca una nube de aerosol
- Controlar que el paciente haga inspiraciones profundas en forma lenta
- Después de 10' a 15', suspender el procedimiento
- Lávese las manos.
- Registrar

#### **4. COMPLICACIONES**

- Tos
- Alergia

#### **5. BIBLIOGRAFÍA**

CABAL V.; BELLO I.; VARGAS C. (1998). Guía No.10, Guía de Intervención de Enfermería basada en Evidencia: Heridas Convenio Instituto Seguro Social. Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería ACOFAEN, Colombia


#### **6. CONTROL DE CAMBIOS**

<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA DE APROBACIÓN</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS</b>
01	Abril 4 de 2012	Creación del Documento

Fuente: Autores

### 9.2.2.7 Guía para Administración de medicamentos

**Tabla 15. Guía para Administración de medicamentos**

	<b>PROCESO ASISTENCIAL</b>	<b>Código: GCES.08</b>
	<b>GUÍA PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO</b>	<b>Versión: 01</b>
		<b>Página 1 de 3</b>
<b>Revisó Coordinador Administrativo</b>	<b>Aprobó Administrador</b>	<b>Fecha de aprobación Abril 4 de 2012</b>

<b>No.</b>	<b>Actividad</b>	<b>Responsable</b>	<b>Documento/Registro Asociado</b>
8	Guía para administración de medicamento	Auxiliar de Enfermería y Enfermera profesional	

#### 1. INSUMOS REQUERIDOS

- Agujas
- Jeringa
- Riñonera
- Torunda de algodón
- Alcohol
- Solución salina normal
- Medicamento
- Bolsa para desechos peligrosos
- Contenedor de paredes rígidas

#### 2. FUNCIONES PARA EL PROCESO

##### 2.1. Profesionales en salud

Auxiliar de enfermería  
Enfermera profesional

### **3. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

- **VÍAS DE ADMINISTRACIÓN**

#### **VIA ENDOVENOSA (EV)**

El medicamento se inyecta directamente en el torrente sanguíneo, a través de la función venosa. Por medio de esta vía los efectos del medicamento se originan más rápido, pero también puede acarrear mayores dificultades; el tipo, cantidad y velocidad de la perfusión están determinados por los requerimientos fisiológicos del paciente. La jeringa debe estar en ángulo de 15 grados

#### **VIA INTRAMUSCULAR (IM).**

El medicamento se inyecta en el tejido muscular. Los puntos de inyección varían de acuerdo con la cantidad máxima de administración; una inyección de 3ML se considera segura en la mayoría de los casos. La jeringa debe estar en ángulo de 90 grados.

#### **VIA SUBCUTANEA (SC)**

Consiste en la introducción de medicamento en el tejido celular subcutáneo con fines preventivos, terapéuticos o de diagnóstico. La jeringa debe estar en ángulo de 45 grados.

#### **PASOS**

- Aplique los "siete Correctos" de la administración de medicamentos.
- Explique al paciente el procedimiento a realizar.
- Lávese las manos.
- Prepare el equipo teniendo en cuenta los principios de asepsia correspondiente.
- Limpie el cuello de la ampolla y quíbrelo, protegiéndolo con una torunda.
- Tome la jeringa y aspire el medicamento, cambie la aguja para la administración del medicamento, si traspasa barrera de caucho.
- Coloque al paciente en posición adecuada según la vía de administración.
- Una vez ubicado el sitio, tome la jeringa según la posición que requiera la vía de administración.
- Con el índice y pulgar de la otra mano, traccione el tejido blando e introduzca de una sola vez la aguja con movimiento firme.
- Suelte la tracción de la piel, aspire e inyecte lentamente el medicamento, manteniendo el ángulo.

- Retire la jeringa con un solo movimiento al mismo tiempo presione la zona de punción con una torunda seca.
- Deje la jeringa en una riñonera sin recapsular o reenfundar.
- Retire el algodón observando que no haya salida de sangre; en caso de contrario, presione suavemente y deje una torunda seca y fíjela con esparadrapo por 5 a 7 minutos.
- Deje cómodo al paciente.
- Deseche la aguja en el guardián y la jeringa en la caneca de residuos peligrosos
- Lávese las manos.
- Registre el procedimiento.

#### **4. COMPLICACIONES**

Alergia al medicamento  
Dolor o ardor en sitio de punción

#### **5. BIBLIOGRAFÍA**

Ley 911 de 2004, Congreso de la República de Colombia, Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones.

AGRADO Martha y colaboradores. Procedimientos de enfermería. Primera edición 1994, Hospital Universitario del Valle. Departamento de enfermería. ASPROMEDICA.


#### **6. CONTROL DE CAMBIOS**

<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA DE APROBACIÓN</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS</b>
01	Abril 4 de 2012	Creación del Documento

Fuente: Autores

### 9.2.2.8 Guía para el manejo de Cateterismo vesical

Tabla 16. Guía para el manejo de Cateterismo vesical

 <b>CENTRO DE ESPECIALISTAS DE SANTANDER</b> <small>CONVENIO DE SERVICIOS FOSCAL / BUCARAMANGA</small>	<b>PROCESO ASISTENCIAL</b>	<b>Código: GCES.09</b>
	<b>GUÍA PARA LE MANEJO DE CATETERISMO VESICAL</b>	<b>Versión: 01</b>
		<b>Página 1 de 3</b>
<b>Revisó Coordinador Administrativo</b>	<b>Aprobó Administrador</b>	<b>Fecha de aprobación Abril 4 de 2012</b>

<b>No.</b>	<b>Actividad</b>	<b>Responsable</b>	<b>Documento/Registro Asociado</b>
9	Guía para el manejo de cateterismo vesical	Enfermera profesional	

#### 1. INSUMOS REQUERIDOS

- Guantes limpios y estériles
- Xilocaína jalea
- Solución salina normal
- Gasas estériles
- Isodine espuma y solución
- Riñonera o pato según necesidad
- Sonda según indicación del procedimiento (Nelaton si es permanente)
- Jeringa de 10cc
- Sistema para drenaje urinario (cistoflo)
- Esparadrapo
- Frasco estéril para recolección de muestra

#### 2. FUNCIONES PARA EL PROCESO

##### 2.1. Profesionales en salud

Enfermera profesional

#### 3. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Llega el paciente al consultorio de enfermería.

- Se recibe orden, se le indica al paciente o al familiar si es el caso, que debe acercarse a diligenciar el respectivo copago o bono a caja.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Explicación del procedimiento al paciente.
- Preparación de los materiales requeridos.
- Realice el lavado de manos y colocación de guantes limpios.
- Coloque al paciente en posición supina en hombres, si es mujer, en posición ginecológica.
- Lavado de genitales externos; en los hombres retraer el prepucio y limpiar el surco balano prepucial con isodine espuma y solución; en la mujer entre abra la vulva con los dedos pulgar y medio para visualizar el meato uretral; luego limpie el área del meato de arriba hacia abajo con isodine espuma; luego lavar con solución salina.
- Cambiarse de guantes y ponerse guantes estériles.
- Compruebe el funcionamiento del balón de la sonda inyectando 10 ML de aire o se solución salina, esperar unos segundos y retirar el aire o solución.
- Lubricar la uretra con xilocaína jalea y espera unos minutos para que el anestésico haga efecto.
- Introducir la sonda por el meato urinario hasta que obtenga salida de orina.
- En la mujer, limpiar el meato e introducir la sonda bien lubricada con suavidad, pidiéndole a la paciente que realice una inspiración profunda.
- En el hombre, sostenga el pene en ángulos de 90(grados y retirar completamente el prepucio. Introducir la longitud de la sonda que sea necesaria hasta alcanzar la vejiga y comprobar que sale la orina.
- Si es cateterismo, recolecte la muestra en un recipiente estéril y retire la sonda.
- Si es sondaje permanente llene el balón con solución salina normal con 8-10cc, para asegurar la sonda y evitar que se salga.
- Conéctela el extremo de la sonda a un sistema de drenaje cerrado (cistoflo).
- fije la zona libre de la sonda con esparadrapo. En el hombre entre el pene y la cresta iliaca; en la mujer en la cara interna del muslo.
- Registre en las notas de enfermería el procedimiento.

#### **4. COMPLICACIONES**

- Perforación uretral (falsa vía) o vesical.
- Infección urinaria.
- Retención urinaria por obstrucción de la sonda.
- Uretritis.
- Incomodidad de la/del paciente.

## 5. BIBLIOGRAFÍA

The Joanna Briggs Institute. Manejo del sondaje vesical permanente de corta duración para la prevención de infecciones del tracto urinario. Best Practice 2000; 4(1): 1-6 (Actualizado: 20-03-07).

Martínez S, Urío T, Garrón L, Sainz J, Uriz J, Bermejo B. Vigilancia y control de la infección urinaria asociada a catéter. Anales del Sistema Sanitario de Navarra 2000; 23(suplemento 2): 123-128.

The Joanna Briggs Institute 27 September 2006 [base de datos en Internet]. Adelaide: Base de datos de resúmenes de evidencia del JBI [fecha de consulta 21 de agosto de 2008]. Rowan N. Resumen de evidencia: Infección del tracto urinario (asociada al uso de sonda): prevención [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <http://es.jbiconnect.org/connect/docs>.


## 6. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	Abril 4 de 2012	Creación del Documento

Fuente: Autores

### 9.2.2.9 Guía para el paso de Enema Travad

Tabla 17. Guía para el paso de Enema Travad

 <b>CENTRO DE ESPECIALISTAS DE SANTANDER</b> <small>CONVENIO DE SERVICIOS FOSCAL / BUCARAMANGA</small>	<b>PROCESO ASISTENCIAL</b>	<b>Código: GCES.10</b>
	<b>GUÍA PARA EL PASO DE ENEMA TRAVAD</b>	<b>Versión: 01</b>
<b>Revisó Coordinador Administrativo</b>	<b>Aprobó Administrador</b>	<b>Página 1 de 3</b>
		<b>Fecha de aprobación Abril 4 de 2012</b>

No.	Actividad	Responsable	Documento/Registro Asociado
10	Guía para el paso de enema travad	Enfermera profesional	

## 1. INSUMOS REQUERIDOS

- Enema travad
- Guantes limpios
- Bolsa de residuos
- Registros de enfermería
- El material para el aseo del paciente (toalla, y jabón)

## 2. FUNCIONES PARA EL PROCESO

### 2.1. Profesionales en salud

Auxiliar de enfermería  
Enfermera profesional

## 3. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Llega el paciente al consultorio de enfermería.
- Se recibe orden, se le indica al paciente o al familiar si es el caso, que debe acercarse a diligenciar el respectivo copago o bono a caja.
- Teniendo este requisito se procede a poner cómodo al paciente.
- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento a realizar.
- Solicitar la colaboración del paciente y familiares si es necesario.
- colocarse los guantes limpios
- partir la válvula verde hacia arriba y hacia abajo del enema
- retirar el capuchón protector de la cánula
- Purgar el equipo.
- Poner al paciente en posición decúbito lateral izquierdo
- Se separan los glúteos y se introduce la cánula lubricada en el ano
- Elevar el enema para que por gravedad entre a la cavidad intestinal
- Retirar la cánula al terminar de pasar el medicamento
- se le advierte al paciente que lo retenga hasta sentir la necesidad de evacuarlo y así dirigirse al baño.

#### 4. COMPLICACIONES

- Diarrea

#### 5. BIBLIOGRAFÍA


CABAL V.; BELLO I.; VARGAS C. (1998). Guía No.10, Guía de Intervención de Enfermería basada en Evidencia: Heridas Convenio Instituto Seguro Social. Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería ACOFAEN, Colombia

#### 6. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	Abril 4 de 2012	Creación del Documento

Fuente: Autores

#### 9.2.2.10 Guía para el Manejo de residuos

	<b>PROCESO ASISTENCIAL</b>	<b>Código: GCES.12</b>
	<b>GUÍA PARA EL MANEJO DE RESIDUOS</b>	<b>Versión: 01</b>
		<b>Página 1 de 3</b>
<b>Revisó Coordinador Administrativo</b>	<b>Aprobó Administrador</b>	<b>Fecha de aprobación Abril 4 de 2012</b>

No.	Actividad	Responsable	Documento/Registro Asociado
12	Guía para el manejo de residuos	Enfermera profesional	

#### 1. INSUMOS REQUERIDOS

- Ropa de trabajo institucional

- Delantal de caucho tipo industrial
- Guantes de caucho tipo industrial
- Botas de caucho con suela antideslizante
- Protección ocular
- Mascarilla de alta eficiencia categoría

## **2. FUNCIONES PARA EL PROCESO**

### **2.1 Profesionales en salud**

Enfermera profesional

## **3. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

- El acceso al cuarto de almacenamiento temporal de residuos peligrosos es restringido.
- Únicamente se permite el ingreso al cuarto, al personal de servicios generales.
- Clasificar los residuos
- Utilizar los elementos de protección personal en las actividades de recolección y limpieza del cuarto de almacenamiento de residuo.  
No utilice ninguno de estos elementos para otras actividades (ejemplo: aseo de las áreas administrativas), puesto que están destinados para un área de riesgo biológico.
- La protección para el personal encargado de la recolección de residuos peligrosos tiene cuatro componentes:  
Capacitación, educación y difusión de la información necesaria.  
Provisión de los elementos de seguridad y protección personal.  
Instrucciones y procedimientos específicos sobre las tareas a realizar.  
Identificación de los posibles riesgos
- Mantener el cuarto de aseo y el de almacenamiento temporal de residuos peligrosos en óptimas condiciones de orden, aseo y desinfección.
- No fumar, no beber, ni comer en el sitio de trabajo, sobre todo durante las actividades de recolección de residuos y limpieza de las áreas.
- Evitar la recolección de residuos si presenta lesiones exudativas o dermatitis.
- Una vez puesto los guantes para la recolección de la bolsa, no manipule el recipiente de recolección; no toque su propio cuerpo ni objetos de uso común como teléfonos, dispensadores de líquidos, etc.
- Anudar las bolsas o solicitar a la auxiliar respectiva que lo haga, antes de ubicarlas en el almacenamiento temporal.
- Mantener tapados los recipientes rojos; todos los residuos que se encuentran en esta bolsa roja se consideran contaminados; este tipo de desechos NO se puede pasar de una bolsa a otra.
- Revisar las escobas y cepillos para detectar la presencia de material cortopunzante.

- Al terminar la recolección, lavar las manos (después de entrar en contacto con cualquier residuo o área contaminada). Los guantes no sustituyen el lavado de manos.
- Notificar al jefe inmediato sobre el mal estado de los elementos de aseo y los elementos de protección personal para realizar la respectiva reposición.
- Mantener en los lugares indicados los elementos para atender situaciones de emergencia contempladas en la gestión de residuos peligrosos.
- Cumplir completamente con el plan de limpieza y desinfección.
- Cubrir con hipoclorito a 5000 ppm el área, luego que se ha presentado la rotura de una bolsa de residuos de riesgo biológico; recoja el material sólido con recogedor y escoba y deposite los residuos en otra bolsa. Realizar la limpieza con agua y jabón.
- En caso de accidente por pinchazo o herida accidental se debe dejar sangrar, lavar inmediatamente con agua y una solución aséptica como clorhexadina e informar de inmediato.
- Cumplir con el esquema de vacunación reglamentario: toxoide tetánico, hepatitis B y triple viral. Titulación de anticuerpos.

### **Lineamientos para la ruta de recolección de residuos peligrosos**

- El personal de Servicios Generales es el encargado de la Recolección y Almacenamiento de residuos peligrosos. Los elementos de protección personal deben ser proporcionados a los trabajadores.
- La ruta de recolección de residuos peligrosos se realizará todos los días en un horario establecido e informado previamente
- Es responsabilidad de las auxiliares de cada área dejar las bolsas rojas cerradas y marcadas el día anterior, en cada uno de los consultorios, una vez haya terminado la atención a pacientes.
- La ruta de recolección, sólo podrá ser llevada a cabo por personal de Servicios Generales, quien recibirá la respectiva capacitación sobre los tipos de residuos que se generan. Para la ruta de recolección y la limpieza y desinfección del cuarto de almacenamiento temporal de residuos, se realizará utilizando los elementos de protección personal adecuados.
- La persona encargada de la recolección por ningún motivo retirará residuos peligrosos que se encuentren mal envasados, con deformaciones del envase, roturas, suciedad, derrames, con cierre defectuoso, entre otros y/o recipientes mal etiquetados. Se considera mal etiquetado si no especifica claramente la categoría del residuo, peligrosidad, además del nombre de la unidad que lo genera, la etiqueta debe ser legible y estar fija en el envase. Se reitera, el personal recolector no deberá recoger residuos en condiciones inadecuadas.

## **Procedimiento de limpieza y desinfección del cuarto de almacenamiento temporal de residuos peligrosos**

- Hipoclorito de sodio diluido (por cada litro de agua, agregar 100 ml de hipoclorito)
- Descontaminación y limpieza
- Desinfección
- Lavado y descontaminación de las manos
- Limpieza de los elementos de protección personal

## **4. COMPLICACIONES**

### **MEDIDAS PARA EL CONTROL DE DERRAMES O ACCIDENTES**

- Informar al Comité Paritario de Salud Ocupacional – COPASO.
- Las bolsas con los residuos que han sido recogidas se deben disponer en el cuarto dentro del contenedor respectivo.
- El cuarto de almacenamiento temporal de residuos peligrosos estará bajo la responsabilidad de la institución, quien garantizará la seguridad de dicho cuarto.
- El personal encargado de la ruta de recolección es el único encargado del manejo del cuarto de almacenamiento temporal de residuos, teniendo en cuenta los Manuales de Bioseguridad y Desinfección y Limpieza.
- La administración del CES debe tener los registros que entregue la empresa gestora autorizada sobre la recolección de residuos peligrosos, entre ellos, facturas, licencia, actas de incineración y demás procesos de disposición final.

## **5. BIBLIOGRAFÍA**

Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de los Residuos Hospitalarios y similares en Colombia MPGIRH. Ministerio de la Protección Social y Ministerio del Medio Ambiente. Septiembre 2002.

Decreto 2676 del 2000 y la Resolución 1164 del 2002.


## 6. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	Abril 4 de 2012	Creación del Documento

Fuente: Autores

### 9.2.2.11 Guía de Limpieza y Desinfección

Tabla 18. Guía de Limpieza y Desinfección

	<b>PROCESO ASISTENCIAL</b>	<b>Código: GCES.13</b>
	<b>GUÍA DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN</b>	<b>Versión: 01</b>
		<b>Página 1 de 3</b>
<b>Revisó Coordinador Administrativo</b>	<b>Aprobó Administrador</b>	<b>Fecha de aprobación Abril 4 de 2012</b>

No.	Actividad	Responsable	Documento/Registro Asociado
13	Guía de limpieza y desinfección	Enfermera profesional y auxiliar de enfermería	

## 1. INSUMOS REQUERIDOS

- Soluciones desinfectantes
- Guantes
- Tapabocas
- Protección Ocular (Gafas o Máscara)
- Batas o Vestidos Protectores
- Barreras Ambientales
- Jabón enzimático (para el proceso de desinfección de dispositivos médicos e instrumental, como desinfectante terciario, antes de la esterilización)

## 2. FUNCIONES PARA EL PROCESO

### 2.1. Profesionales en salud

Enfermera profesional  
Auxiliares de Enfermería

### **3. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

#### **LIMPIEZA DE EQUIPOS E INSTRUMENTOS**

Antes de someter un artículo al proceso de desinfección se debe realizar un buen proceso de limpieza; para ello se requiere jabón, cepillos, esponjas y toallas. A continuación se debe realizar el siguiente procedimiento:

- Enjuague el artículo con agua fría para eliminar cualquier material orgánico.
- El calor coagula las proteínas y hacen que la sangre y el pus se adhieran a los artículos.
- Luego se lavan con jabón, restregando con una esponja y se enjuaga con más agua fría. El poder emulsivo del jabón y su propiedad tenso activa facilita la remoción de la mugre.
- Cuando sea necesario se utilizarán churruscos o cepillos, esto para el caso de pinzas o de material metálico.
- La limpieza y descontaminación de los instrumentos debe ser iniciada inmediatamente después de su utilización. Por último se seca el artículo. El material debe estar completamente seco, ya que la humedad interfiere con el proceso de esterilización de los materiales.

Se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Un artículo con materia orgánica visible no puede ser considerado estéril aún cuando haya sido sometido al proceso de esterilización.
- Los residuos de agua sobre los instrumentos producen manchas, al ser sometidos al proceso de esterilización a vapor, por tanto es conveniente que los artículos a esterilizar deben estar limpios y secos para evitar las manchas.
- El secado debe realizarse con telas que no desprendan hilos que en un determinado momento pueden afectar la funcionalidad de los instrumento

#### **LIMPIEZA DE INSTALACIONES FÍSICAS**

- La limpieza en las instalaciones físicas influye en el flujo de microorganismos patógenos hacia el material y el equipo con el cual se desarrollan los procedimientos diarios y por ende el poco cuidado con las mismas se constituye en un riesgo potencial de infección para los usuarios que hacen uso del servicio de enfermería.
- Los métodos de limpieza deberán ser estrictos y rígidos para detener e impedir que los microorganismos conocidos o desconocidos, causen contaminación en toda el área de procedimientos.

## **Limpieza diaria**

Antes de iniciar con las actividades diarias, se debe hacer una limpieza rigurosa y estricta en todas las áreas de enfermería:

- **Mobiliario:** Se debe lavar por fricción mecánica, con jabón y solución de hipoclorito en la concentración requerida según lo descrito en la guía de preparación del hipoclorito de sodio. Recordar que los desinfectantes son sólo sustancias auxiliares de la buena limpieza física; el trabajo manual es quizá el ingrediente que más importancia tiene. Las ruedas y soportes (patas) de las mesas, sillas y demás mobiliario se deben limpiar perfectamente teniendo cuidado de no dejar hilos de suturas, de gasas, papeles o desechos adheridos. Limpiar todas las superficies de los rieles y aditamentos fijos en la pared o en el techo.
- Los pisos se asean con agua abundante y solución de jabón e hipoclorito
- Revisar que no haya manchas de suciedad en las paredes; si las hay se limpian.
- Los gabinetes y puertas se deben limpiar, especialmente las agarraderas y placas de empujar, ya que son lugares donde se originan focos de infección.
- Lavar los mesones y lavabos; un abrasivo ligero elimina la suciedad fácilmente.

## **Limpieza Semanal**

Además de la limpieza diaria, se debe realizar y vigilar una limpieza regular cada semana:

- **Paredes:** Deben limpiarse cuando se vean sucias, más aún las que están pintadas o tienen losetas con uniones porosas.
- Los pisos de toda la enfermería se lavan periódicamente para eliminar los depósitos y las películas acumuladas.
- Los cestos de ropa sucia o de basura se deben lavar y desinfectar, con abundante agua y jabón o hipoclorito de sodio (según lo descrito en la guía de preparación de hipoclorito).
- Las áreas de almacenamiento deben limpiarse por lo menos cada semana, o con mayor frecuencia si es necesario, para evitar la acumulación de polvo.
- **Recipientes:** La contaminación microbiana puede transmitirse a través de los recipientes contaminados, con soluciones desinfectantes o el jabón para las manos. Deseche el contenido de los recipientes cada semana, lávelos y séquelos antes de llenarlos para nuevo uso.
- Siga las demás recomendaciones dadas para la limpieza diaria.

## **MANEJO DE LÍQUIDOS, ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES**

Todo instrumental y equipo destinado a la atención de pacientes, requiere de limpieza previa, desinfección y esterilización, con el fin de prevenir el desarrollo de procesos infecciosos.

- **Glutaraldehído:**

Solución acuosa al 2%, la cual debe diluirse con el diluyente indicado. Las soluciones activadas no deben usarse después de 28 días de preparación. Este desinfectante inactiva virus y bacterias en menos de 30 minutos y las esporas de hongos en 10 horas. La base desinfectante a base de glutaraldehído al 2% más usada comercialmente es el Cidex, la cual tiene un amplio espectro antimicrobiano: esporicida, virucida (lipofílicos e hidrofílicos), tuberculicida, fungicida. El Cidex es recomendado particularmente para la desinfección y esterilización de instrumental, que no puede exponerse a altas temperaturas

### **Instrucciones de manejo:**

- Activación: Vierta suavemente el contenido del CATALIZADOR (frasco pequeño) en el recipiente grande que contiene la solución base y mezcle por inmersión sin agitar, para evitar la formación de espuma y vapores.
- Registre en la etiqueta adherida al recipiente con la solución activada la fecha de mezclado y la fecha de expiración. La vida útil de esta solución activada es de 28 días corrientes.
- Anote la misma información en las etiquetas autoadhesivas y colóquelas luego sobre las tapas de las cubetas donde se va a verter la solución.
- Vierta en cada cubeta la solución activada (de color verde) en forma suave por el borde de la cubeta evitando la formación de espuma y tápela inmediatamente con el fin de mantener la solución concentrada sin la emanación de vapores.

### **Precauciones:**

- Esta solución tiene propósitos profesionales de desinfección y esterilización. Por lo tanto, se recomienda que el personal de manejo lo manipule usando guantes, tapabocas y lentes protectores como norma de seguridad y prevención.

- Su composición la hace irritante (como toda solución a base de Glutaraldehído) para tejido mucoso (boca, nariz, ojos). En caso de irritación se recomienda lavar con abundante agua en el área afectada. Si persiste consulte al médico.
- Es necesario recordar que la piel es un tejido orgánico que se sensibiliza con los efectos secundarios de las soluciones microbicidas, por tanto es indispensable protegerla adecuadamente.

### **Procedimiento de desinfección y esterilización con glutaraldehído 2%:**

Lave con agua y jabón el material a desinfectar, enjuáguelo abundantemente eliminando todo residuo de jabón y finalmente séquelo lo mejor posible.

Sumerja el elemento en la solución de glutaraldehído completamente, asegurándose que quedan todas sus superficies sumergidas en la solución. Tápese inmediatamente después la cubeta.

Al cabo de 10 minutos usted puede retirarlo, si su propósito es únicamente desinfección, proceda a enjuagarlo bien con solución salina estéril o agua estéril.

Si su propósito es esterilización, manténgalo en la cubeta no menos de 10 horas. Finalmente enjuáguelo con agua estéril, deposite el instrumental en un ambiente libre de contaminación o empáquelo asépticamente.

- **Hipoclorito de sodio:**

El cloro es un desinfectante universal, activo contra todos los microorganismos. Excelente bactericida, dilucida; es inestable y disminuye su eficiencia en presencia de luz, calor y largo tiempo de preparación. Ideal para remojar el material usado antes de ser lavado, e inactivar secreciones corporales. Es altamente corrosivo.

En la preparación del cloro es necesario tener en cuenta lo siguiente:

- El lugar de preparación de las diluciones debe ser seguro y con buena ventilación.
- La tabla o la fórmula debe estar ubicada en un sitio visible, cercano al sitio donde se realiza la preparación de las soluciones.
- Los baldes plásticos deben estar en buenas condiciones y debidamente marcados para el envase de las soluciones. Dichos baldes tendrán una

capacidad para 3 litros y será de uso exclusivo para la preparación del hipoclorito.

- Recipiente medidor para cuantificar el hipoclorito de sodio.
- Una fuente de agua limpia

### **Preparación:**

- Aliste los instrumentos que va a necesitar en la preparación de las soluciones.
- Lave el balde destinado para la preparación del hipoclorito con agua y jabón, asegurándose de que quede limpio.
- Identifique los elementos y materiales que va a desinfectar para que pueda determinar la cantidad y concentración de la solución de hipoclorito que requiere preparar.
- Revise la concentración del hipoclorito que va a utilizar.
- Calcule la cantidad de agua que va a necesitar para preparar la solución para un periodo máximo de 6 horas. Aliste dicha cantidad en baldes plásticos.
- Ajuste las partes por millón (ppm) recomendadas que requiere para la desinfección.
- Revise la tabla o aplique la fórmula, adjunta a este protocolo, para determinar cuanta cantidad de hipoclorito va a adicionar al agua.
- Mida el Hipoclorito en el recipiente destinado para esto y adiciónelo al agua.
- Agite suavemente el balde para mezclar el hipoclorito con el agua.

## **4. COMPLICACIONES**

Ninguna

## **5. BIBLIOGRAFÍA**

Ministerio de Salud, República de Colombia. Decreto No. 2240 de 1996

Ministerio de Salud, República de Colombia. Resolución No. 02183 de 2004.

GONZALEZ, T y REY, R. Manual de Principios Básicos de Enfermería. Bucaramanga: Ediciones UIS, 1994.

HERNANDEZ, LE; MALAGON, GL y SILVA JM. Antisepsia En: Infección Intrahospitalaria Prevención y Control. Medellín: Copioyepes, 1996, p: 185 – 230.

## 6. CONTROL DE CAMBIOS


VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	Abril 4 de 2012	Creación del Documento

Fuente: Autores

### 9.2.3 Guías del Área de Radiología

#### 9.2.3.1 Guía de Atención en Radiología

Tabla 19. Guía de Atención en Radiología

	<b>PROCESO ASISTENCIAL</b>	<b>Código: GCES.14</b>
	<b>GUÍA DE ATENCIÓN EN RADIOLOGÍA</b>	<b>Versión: 01</b>
		<b>Página 1 de 3</b>
<b>Revisó Coordinador Administrativo</b>	<b>Aprobó Administrador</b>	<b>Fecha de aprobación Abril 4 de 2012</b>

No.	Actividad	Responsable	Documento/Registro Asociado
14	Guía de atención en radiología	Médico Radiólogo Tecnólogo Radiólogo	

## 1. INSUMOS REQUERIDOS

- Orden Médica, identificación completa
- Chasis de diferentes medidas según se requiera.
- Bata para paciente
- Equipo Baxter de macrogoteo
- Bránula
- Equipos de asepsia de piel.
- Equipo de venopunción.

- Carro de paro con equipo de reanimación y medicamento de emergencia
- Máquina de revelado automático con sus respectivos tanques de revelación, fijador y agua y una unidad de secado.
- Mesón para caga y descarga de chasis
- Una caja de películas nuevas de cada tamaño.

## **2. FUNCIONES PARA EL PROCESO**

- Recibir o traer las órdenes correspondientes a los estudios que se realizan en radiología (Ecografías y Radiologías).
- Verificar la documentación y la solicitud hecha por el médico, que este completa y de acuerdo con la orden de servicio.
- Ingresar los datos del paciente al radiólogo, llamar la paciente e indicarle lo que debe hacer para que el doctor pueda realizar la radiografía.
- Terminado el examen informar al paciente fecha y hora de entrega de resultados.
- Recibir del Radiólogo la ecografía, los documentos y el cassette para poder hacer las transcripciones de las ecografías y radiografías.
- Marcar el sobre para guardar la ecografía.
- Transcribir los resultados.
- Imprimir los resultados.
- Pasar al doctor el resultado para la respectiva revisión y firma.
- Guardar los documentos en el sobre correspondiente.
- Registrar en el cuaderno de entrega todos los resultados que ya se encuentran completos para entregar.
- Trasladar los resultados a la recepción y verificar que sé del recibido de estos.
- Ordenar los soportes con documentación completa (orden de servicios, orden medica, autorización del examen, fotocopias de cédulas, carnet y resultado del examen realizado).
- Entregar a recepción los soportes de los estudios realizados, separando las E.P.S. de lo particular.

### **2.1. Profesionales en salud**

Médico Radiólogo

Tecnólogo Radiólogo

## **3. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

- Se solicita al paciente que se cambie de ropa y se ponga la bata indicándole se quite las prendas que cubren la parte donde se le va a tomar la radiografía.
- Se solicita se quite todo elemento metálico que pueda tener.

- Se coloca el chasis según las medidas que se requiera y hacia el lado indicado.
- Se solicita se coloque en posición según sea la apropiada para la toma.
- Se centra el ax de tubos de rayos x.
- Se coloca técnica radiológica en el comando del equipó.
- Se le indica al usuario que respire profundo.
- Retiramos al paciente, se marcan placas con datos completos y se revela las placas radiológicas.
- Se pasan al radiólogo para la le revisión
- Se despacha al paciente informándole cuando debe pasar a recoger los resultados.

#### **4. COMPLICACIONES**

No aplica

#### **5. BIBLIOGRAFÍA**

Ley 657 de 2001 del Congreso de la Republica de Colombia, Por el cual se reglamenta la especialidad de radiología e imágenes diagnosticas y se dictan otras disposiciones.


#### **6. CONTROL DE CAMBIOS**

<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA DE APROBACIÓN</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS</b>
01	Abril 4 de 2012	Creación del Documento

Fuente: Autores

### 9.2.3.2 Guía de Radiología para Revelado de Películas Radiográficas

**Tabla 20. Guía de Radiología para Revelado de Películas Radiográficas**

 <b>CES</b> CENTRO DE ESPECIALISTAS DE SANTANDER <small>CONVENIO DE SERVICIOS FOSCAL / BUCARAMANGA</small>	<b>PROCESO ASISTENCIAL</b>	<b>Código: GCES.15</b>
	<b>GUÍA DE RADIOLOGÍA          PARA EL REVELADO DE          PELÍCULAS          RADIOGRÁFICAS</b>	<b>Versión: 01</b>
		<b>Página 1 de 3</b>
<b>Revisó Coordinador Administrativo</b>	<b>Aprobó Administrador</b>	<b>Fecha de aprobación Abril 4 de 2012</b>

<b>No.</b>	<b>Actividad</b>	<b>Responsable</b>	<b>Documento/Registro Asociado</b>
15	Guía de radiología para el revelado de películas radiográficas	Tecnólogo Radiólogo	

#### 1. INSUMOS REQUERIDOS

- Chasis porta películas.
- Maquina de revelado automático con sus respectivos tanques de revelador, fijador y agua y una unidad de secado.
- Mesón para cargar y descargar chasis.
- Una caja de películas nuevas de cada tamaño.

#### 2. FUNCIONES PARA EL PROCESO

##### 2.1. Profesionales en Salud

Tecnólogo Radiólogo

#### 3. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

- Ingreso al cuarto oscuro con chasis cargado con película expuesta y cierro la puerta.
- Procedo a abrir chasis y a tomar la placa de una de sus esquinas.
- La coloco en la bandeja de la procesadora automática y la empujo hasta que los rodillos de la maquina la capturen.
- Procedo a recargar el chasis con una película no expuesta y cierro nuevamente el chasis y la caja de películas.

- Abro la puerta y espero que la placa procesada salga al cabo de 90 segundos que es el tiempo estándar de proceso.
- Si es placa de mamografía configuro procesadora a tiempo extra largo para mejor revelado de la misma.
- Fin del proceso.

#### 4. COMPLICACIONES

No aplica

#### 5. BIBLIOGRAFÍA

Ley 657 de 2001 del Congreso de la Republica de Colombia, Por el cual se reglamenta la especialidad de radiología e imágenes diagnosticas y se dictan otras disposiciones.

#### 6. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	Abril 4 de 2012	Creación del Documento

Fuente: Autores


#### 9.3 PROTOCOLOS

Los protocolos médicos son documentos que describen la secuencia del proceso de atención de un paciente en relación a una enfermedad o estado de salud. Son el producto de una validación técnica que puede realizarse por consenso o por juicio de expertos. En otras palabras los protocolos describen el proceso en la atención de una enfermedad para mejorar la rapidez en el diagnóstico, efectivizar el tratamiento, y hacer menos costoso el proceso de atención, tanto para el paciente como para la entidad prestadora de salud. Estos documentos son de utilidad para mejorar los procesos de atención.

## 9.3.1 Protocolos del Área de Radiología

### 9.3.1.1 Protocolo para la Toma de Radiología de Tórax PA y Lateral

Tabla 21. Protocolo para la Toma de Radiología de Tórax PA y Lateral

 <b>CENTRO DE ESPECIALISTAS DE SANTANDER</b> <small>CONVENIO DE SERVICIOS FOSCAL / BUCARAMANGA</small>	<b>PROCESO ASISTENCIAL</b>	<b>Código: RCES.01</b>
	<b>PROTOCOLO PARA LA TOMA DE RADIOLOGÍA DE TORAX PA Y LATERAL</b>	<b>Versión: 01</b>
		<b>Página 1 de 3</b>
<b>Revisó Coordinador Administrativo</b>	<b>Aprobó Administrador</b>	<b>Fecha de aprobación Abril 4 de 2012</b>

#### 1. OBJETIVO

La radiografía de tórax está indicada para una amplia gama de trastornos especialmente SOR, EPOC, cardiopatías congénitas, lesiones del mediastino, traumatismo, hemotorax, neumotórax, localización de cuerpos extraños, estudios pre quirúrgicos y otros.

#### 2. ALCANCE

Toma de radiología de tórax PA y lateral

#### 3. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS

No aplica

#### 4. CONTENIDO DEL PROTOCOLO

##### 4.1. INDICACIONES

No aplica

#### **4.1. MATERIALES**

- 1 Chasis de 14 x 14 en adultos
- 1 chasis de 11 x 14 en adultos
- 2 chasis 8 x 10 en niños.
- Bata para paciente

#### **4.2. PREPARACIÓN DEL PACIENTE**

Se le solicita al usuario que se cambie de ropa y que se ponga la bata indicándole que se quite las prendas que cubren el tórax así como escapularios, cadenas, collares o cualquier elemento metálico que puedan tener.

#### **4.3. CONTRAINDICACIONES**

- Incontinencia urinaria (utilizar primero colectores o pañales).
- Prostatitis aguda.
- Lesiones uretrales (estenosis fistulas).
- Traumatismo uretral.

#### **4.4. PROCEDIMIENTO**

- Se verifica la identificación del usuario.
- Se coloca el chasis de 14 x 14 con el espacio reservado para la marca hacia la del paciente en el soporte porta películas.
- Se le solicita al usuario que se coloque pegado el tórax contra el chasis porta película inclinando sus hombros hacia delante con el fin de despegar la escapula de los campos pulmonares.
- Centramos el haz del tubo de rayos x con la mitad de la espalda del paciente y que la línea vertical pase sobre la columna dorsal del paciente y la línea horizontal por la base de las escupulas.
- colocamos técnicas radiológicas en el comando del equipo.
- Se le indica al usuario que realice una inspiración profunda por la nariz con la boca cerrada para lograr la máxima distensión de los campos pulmonares, se hace la exposición radiológica.
- Se retira el usuario y se coloca el chasis porta película de 11x14 con el espacio reservado para la marca a la derecha del paciente.
- Se coloca al usuario de medio lado hacia el lado indicado en la orden médica así: si al paciente le ordenan protección lateral izq. Se coloca el costado izq. del tórax del paciente contra la película radiográfica indicándole que suba los

brazos y los apoye contra la cabeza como cuando va a realizar sentadillas o cuclillas.

- Colocamos técnica radiológica en el comando del equipo.
- Centramos el rayo del tubo con la mitad del costado del paciente, le indicamos que tome inspire profundamente aire y lo retenga mientras hacemos la exposición radiológica.
- Retiramos el paciente, procedemos a marcar las placas en el marcador de placas con los siguientes datos del paciente: Nombre y apellidos, edad, fecha de la toma del examen de iniciales del técnico que realiza la toma; revelar las placas radiológicas y realizamos un control de calidad del examen; registro número de placas gastadas (buenas y malas) en el formato correspondiente; pasamos al radiólogo para su estudio.

#### **4.5. COMPLICACIONES**

No aplica

#### **4.6. RECOMENDACIONES**

La radiografía de tórax debe ser tomada con técnica de alto kilo voltaje con el fin de reducir al máximo el tiempo de exposición y obtener una imagen más estática del corazón y parénquima pulmonar.

### **5. BIBLIOGRAFÍA**

Ley 657 de 2001 del Congreso de la Republica de Colombia, Por el cual se reglamenta la especialidad de radiología e imágenes diagnosticas y se dictan otras disposiciones.


### **6. CONTROL DE CAMBIOS**

<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA DE APROBACIÓN</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS</b>
01	Abril 4 de 2012	Creación del Documento

Fuente: Autores

### 9.3.1.2 Protocolo para la Toma de Radiología de Abdomen Simple Normal AP

Tabla 22. Protocolo para la Toma de Radiología de Abdomen Simple Normal AP

	<b>PROCESO ASISTENCIAL</b>	<b>Código: RCES.02</b>
	<b>PROTOCOLO PARA LA TOMA DE RADIOLOGÍA DE ABDOMEN SIMPLE NORMAL AP</b>	<b>Versión: 01</b>
		<b>Página 1 de 3</b>
<b>Revisó Coordinador Administrativo</b>	<b>Aprobó Administrador</b>	<b>Fecha de aprobación Abril 4 de 2012</b>

#### 1. OBJETIVO

Localizar de cuerpos extraños abdominales masas abdominales a estudio y otras.

#### 2. ALCANCE

Toma de radiología de abdomen simple normal AP

#### 3. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS

No aplica

#### 4. CONTENIDO DEL PROTOCOLO

##### 4.1. INDICACIONES

No aplica

##### 4.2. MATERIALES

- Orden médica con identificación completa y datos clínicos
- Bata para el paciente
- Chasis porta película 14 x 17

### **4.3. PREPARACIÓN DEL PACIENTE**

El día anterior al estudio debe realizar una dieta líquida en la cual no puede consumir leche ni derivados lácteos, bebidas gaseosas ni ningún líquido que contenga gas, solo puede ingerir caldos colados, jugos naturales y aguas aromáticas. En la noche del día anterior al examen ingerir a las 7 PM un frasco de 2 onzas de aceite de ricino o travad oral pasado con jugo de naranja o agua de panela en crudo y en adelante no consumir absolutamente nada. Presentarse a la cita el día y hora indicada en completas ayunas.

### **4.4. CONTRAINDICACIONES**

No aplica

### **4.5. PROCEDIMIENTO**

- Se verifica identificación del paciente y que haya realizado la preparación.
- Se solicita al usuario que se retire toda la ropa a excepción de la ropa interior y que se coloque la bata.
- Se centra el tubo de rayos X con la mesa radiológica.
- Se localiza al paciente en decubico, supino sobre la mesa radiológica centrándolo con la línea central de la misma, verificando su adecuada alienación.
- Colocamos chasis de 14 x 17 en la bandeja del potter bucky con la marca hacia la der. Del paciente centrándola con la línea horizontal del tubo y verificando que el borde inferior del chasis coincida con la sinfis del pubis del paciente.
- Colocamos técnicas radiológicas establecidas en el comando del equipo.
- Indicamos al paciente que contenga su respiración y deje su abdomen quieto mientras realizamos exposición radiológica.
- Retiramos el paciente, procedemos a marcar las placas en el marcador de placas con los siguientes datos del paciente: Nombre y apellidos, edad, fecha de la toma del examen y iniciales del técnico que realiza la toma; revelar las placas radiológicas y realizamos un control de calidad del examen; registro numero de placas gastadas (buenas y malas) en el formato correspondiente; pasamos al radiólogo para su estudio.
- Despachamos al usuario indicándole cuando puede retirar sus resultados

#### 4.6. COMPLICACIONES

No aplica

#### 4.7. RECOMENDACIONES

En pacientes con trauma no es necesaria la preparación del paciente y dicho estudio se realiza en posiciones vertical para valorar niveles hidroaéreos

#### 5. BIBLIOGRAFÍA

Ley 657 de 2001 del Congreso de la Republica de Colombia, Por el cual se reglamenta la especialidad de radiología e imágenes diagnosticas y se dictan otras disposiciones.

#### 6. C


#### 7. ONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	Abril 4 de 2012	Creación del Documento

Fuente: Autores

#### 9.3.1.3 Protocolo para Toma Radiología Columna Lumbosacra AP y Lateral

Tabla 23. Protocolo para Toma Radiología Columna Lumbosacra AP y Lateral

	<b>PROCESO ASISTENCIAL</b>	<b>Código: RCES.03</b>
	<b>PROTOCOLO PARA LA TOMA DE RADIOLOGÍA DE COLUMNA LUMBOSACRA AP Y LATERAL</b>	<b>Versión: 01</b>
		<b>Página 1 de 3</b>
<b>Revisó Coordinador Administrativo</b>	<b>Aprobó Administrador</b>	<b>Fecha de aprobación Abril 4 de 2012</b>

## **1. OBJETIVO**

Estudiar de columna lumbosacra está indicada para lumbalgia, discopatías, escoliosis, trauma, parestesias en miembros inferiores, examen de control por medicina laboral etc.

## **2. ALCANCE**

Toma de radiología de columna lumbosacra AP y lateral

## **3. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS**

No aplica

## **4. CONTENIDO DEL PROTOCOLO**

### **4.1. INDICACIONES**

No aplica

### **4.2. MATERIALES**

- 2 chasis de 11 X 14
- Bata para paciente
- Preparación previa al estudio (cuando el médico lo solicita)

### **4.3. PREPARACIÓN DEL PACIENTE**

El día anterior al estudio debe realizar una dieta líquida en la cual no puede consumir leche ni derivados lácteos, bebidas gaseosas ni ningún líquido que contenga gas, solo puede ingerir caldos colados, jugos naturales y aguas aromáticas. En la noche del día anterior al examen ingerir a las 7 PM un frasco de 2 onzas de aceite de ricino o travad oral pasado con jugo de naranja o agua de panela en crudo y en adelante no consumir absolutamente nada. Presentarse a la cita el día y hora indicada en completas ayunas.

### **4.4. CONTRAINDICACIONES**

No aplica

#### **4.5. PROCEDIMIENTO**

- Se verifica mediante orden medica identificación, datos clínicos y preparación del paciente.
- Se solicita al usuario que pase al vestiér y se retire la ropa quedándose únicamente con la ropa interior y se coloque la bata.
- Centramos el tubo de rayo X con el tubo bucky vertical a una distancia de 1 m entre el tubo y el bucky.
- Colocamos chasis de 11x14 colocando la marca hacia la derecha del paciente en la bandeja de bucky vertical.
- Se coloca al paciente en vertical contra el bucky mirando hacia el tubo de rayos X indicándole que se pare derecho con los pies juntos y los brazos al lado del cuerpo.
- Colocamos técnica radiológica en el comando del equipo.
- Centramos sobre espinas iliacas anteros superiores y le indicamos al usuario que retenga el aire y de que deje su abdomen quieto mientras realizamos exposición de radiológica.
- Retiramos chasis de bandeja y colocamos nuevo chasis de 11x 14 para proyección lateral.
- Le indicamos al paciente que se coloque con sus brazos hacia arriba y pegando un costado de su cuerpo contra el bucky vertical.
- Colocamos técnica radiológica en el comando.
- Centramos sobre crestas iliacas y que la línea vertical del tubo pase sobre la línea axilar media.
- Le indicamos al paciente que retenga el aire y que deje su abdomen quieto mientras realizamos exposición radiológica.
- Retiramos al paciente, procedemos a marcar las placas en el marcador de placas con los siguientes datos del paciente: Nombre y apellidos, edad, fecha de la toma del examen y iniciales del técnico que realiza la toma; revelar las placas radiológicas y realizamos un control de calidad del examen; registro de número de placas gastadas (buenas y malas) en el formato correspondiente; pasamos al radiólogo para su estudio.

#### **4.6. COMPLICACIONES**

No aplica

#### **4.7. RECOMENDACIONES**

No aplica

## 5. BIBLIOGRAFÍA

Ley 657 de 2001 del Congreso de la Republica de Colombia, Por el cual se reglamenta la especialidad de radiología e imágenes diagnosticas y se dictan otras disposiciones.


## 6. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	Abril 4 de 2012	Creación del Documento

Fuente: Autores

### 9.3.1.4 Protocolo para Toma de Radiología Columna Cervical AP y Lateral

Tabla 24. Protocolo para Toma de Radiología Columna Cervical AP y Lateral

	<b>PROCESO ASISTENCIAL</b>	<b>Código: RCES.04</b>
	<b>PROTOCOLO PARA LA TOMA DE RADIOLOGÍA DE COLUMNA CERVICAL AP Y LATERAL</b>	<b>Versión: 01</b>
		<b>Página 1 de 3</b>
<b>Revisó Coordinador Administrativo</b>	<b>Aprobó Administrador</b>	<b>Fecha de aprobación Abril 4 de 2012</b>

## 1. OBJETIVO

Indicar para pacientes con traumatismos en accidentes de tránsito, de natación o caídas con pérdida del sentido en los cuales ha habido pérdida del conocimiento, compresiones radiculares, espasmos en cuello, calificaciones intra periaculares, hernias discales, artrosis y otras.

## 2. ALCANCE

Toma de radiología de columna cervical AP y lateral

### **3. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS**

No aplica

### **4. CONTENIDO DEL PROTOCOLO**

#### **4.1. INDICACIONES**

No aplica

#### **4.2. MATERIALES**

- Orden medica con identificación completa y datos clínicos del paciente.
- Bata para paciente.
- 2 Chasis de 8x10

#### **4.3. PREPARACIÓN DEL PACIENTE**

No aplica

#### **4.4. CONTRAINDICACIONES**

No aplica

#### **4.5. PROCEDIMIENTO**

- Se verifica mediante orden medica identificación, datos clínicos y preparación del paciente.
- Se solicita al usuario que pase al vestir y se retire la ropa quedándose únicamente con la ropa interior y se coloque la bata.
- Centramos el tubo de rayo X con el tubo bucky vertical a una distancia de 1 m entre el tubo y el bucky.
- Colocamos chasis de 11x14 colocando la marca hacia la derecha del paciente en la bandeja de bucky vertical.
- Se coloca al paciente en vertical contra el bucky mirando hacia el tubo de rayos X indicándole que se pare derecho con los pies juntos y los brazos al lado del cuerpo.
- Colocamos técnica radiológica en el comando del equipo.

- Centramos sobre espinas iliacas anteriores superiores y le indicamos al usuario que retenga el aire y que deje su abdomen quieto mientras realizamos exposición de radiológica.
- Retiramos chasis de bandeja y colocamos nuevo chasis de 11x 14 para proyección lateral.
- Le indicamos al paciente que se coloque con sus brazos hacia arriba y pegando un costado de su cuerpo contra el bucky vertical.
- Colocamos técnica radiológica en el comando.
- Centramos sobre crestas iliacas y que la línea vertical del tubo pase sobre la línea axilar media.
- Le indicamos al paciente que retenga el aire y que deje su abdomen quieto mientras realizamos exposición radiológica.
- Retiramos al paciente, procedemos a marcar las placas en el marcador de placas con los siguientes datos del paciente: Nombre y apellidos, edad, fecha de la toma del examen y iniciales del técnico que realiza la toma; revelar las placas radiológicas y realizamos un control de calidad del examen; registro de número de placas gastadas (buenas y malas) en el formato correspondiente; pasamos al radiólogo para su estudio.

#### **4.6. COMPLICACIONES**

No aplica

#### **4.7. RECOMENDACIONES**

En pacientes con trauma de radiografía debe ser tomada con el cuello ortopédico filadelfia colocado y con el paciente acostado en una tabla de trauma con la cual es trasladado desde y hacia urgencias, la placa lateral de columna cervical debe ser tomada con rayo horizontal y solicitándole a una persona que previa protección con delantal y cuello de tiroides palmado la tracción en ambos brazos hacia los pies para lograr despejar C7.

En pacientes a los cuales no es posible valorar la odontoides en la proyección A.P. con técnica de difusión se puede tomar proyección localizada transoral entrando en el centro de la boca con esta abierta totalmente y dando angulación de 2 5 grados caudal para despejarla mejor.

## 5. BIBLIOGRAFÍA

Ley 657 de 2001 del Congreso de la Republica de Colombia, Por el cual se reglamenta la especialidad de radiología e imágenes diagnosticas y se dictan otras disposiciones.


## 6. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	Abril 4 de 2012	Creación del Documento

Fuente: Autores

### 9.3.1.5 Protocolo para la Toma de Radiología Pelvis

Tabla 25. Protocolo para la Toma de Radiología Pelvis

	<b>PROCESO ASISTENCIAL</b>	<b>Código: RCES.05</b>
	<b>PROTOCOLO PARA LA TOMA DE RADIOLOGÍA DE PELVIS</b>	<b>Versión: 01</b>
		<b>Página 1 de 3</b>
<b>Revisó Coordinador Administrativo</b>	<b>Aprobó Administrador</b>	<b>Fecha de aprobación Abril 4 de 2012</b>

## 1. OBJETIVO

Indicada para traumatismos, artrosis, dolor e estudio, calcificaciones intra o per articulares, luxaciones fracturas, LCC y otras.

## 2. ALCANCE

Toma de radiología de Pelvis

### **3. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS**

No aplica

### **4. CONTENIDO DEL PROTOCOLO**

#### **4.1. INDICACIONES**

No aplica

#### **4.2. MATERIALES**

- Orden medica con identificación completa y datos clínicos.
- Chasis de 14x17 o según tamaño y edad del paciente.
- Bata para paciente.

#### **4.3. PREPARACIÓN DEL PACIENTE**

No aplica

#### **4.4. CONTRAINDICACIONES**

No aplica

#### **4.5. PROCEDIMIENTO**

- Verifico orden médica con datos clínicos e identificación del paciente.
- Le indico al paciente que se retire la ropa de la cintura hacia abajo dejando la ropa interior y que se coloque la bata del paciente con la abertura hacia atrás.
- Centro del tubo de rayos x con la línea central de mesa.
- Le indico al paciente que se acueste en decúbito supino centrándolo con la mesa y que coloque los pies en inversión.

- Centro el haz de rayos x 2 cm por encima de la sínfisis del pubis y sobre la línea sagital del paciente. Con el haz de rayos x incidiendo perpendicular.
- Coloco técnica radiológica en el comando del equipo.
- Le indicamos al paciente que retenga el aire y que deje su abdomen quieto mientras realizamos exposición radiológica.
- Retiro el chasis de la bandeja del bucky y el paciente.
- Retiramos al paciente, procedemos a marcar las palcas en el marcador de placas con los siguientes datos del paciente: Nombre y apellidos, edad, fecha de la toma del examen y iniciales del técnico que realiza la toma; revelar las placas radiológicas y realizamos un control de calidad del examen; registro de número de placas gastadas (buenas y malas) en el formato correspondiente; pasamos al radiólogo para su estudio.
- Fin del proceso.

#### **4.6. COMPLICACIONES**

No aplica

#### **4.7. RECOMENDACIONES**

En pacientes traumatizados la placa deberá realizarse con el paciente acostado en decúbito supino sobre una tabla de trauma para evitar al paciente lesiones adicionales por la movilización así como para disminuir el dolor.

### **5. BIBLIOGRAFÍA**

Ley 657 de 2001 del Congreso de la Republica de Colombia, Por el cual se reglamenta la especialidad de radiología e imágenes diagnosticas y se dictan otras disposiciones.


### **6. CONTROL DE CAMBIOS**

<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA DE APROBACIÓN</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS</b>
01	Abril 4 de 2012	Creación del Documento

Fuente: Autores

### 9.3.1.6 Protocolo para Toma de Radiología Puño AP y Lateral

Tabla 26. Protocolo para Toma de Radiología Puño AP y Lateral

 <b>CENTRO DE ESPECIALISTAS DE SANTANDER</b> <small>CONVENIO DE SERVICIOS FOSCAL / BUCARAMANGA</small>	<b>PROCESO ASISTENCIAL</b>	<b>Código: RCES.06</b>
	<b>PROTOCOLO PARA LA TOMA DE RADIOLOGÍA DE PUÑO AP Y LATERAL</b>	<b>Versión: 01</b>
		<b>Página 1 de 3</b>
<b>Revisó Coordinador Administrativo</b>	<b>Aprobó Administrador</b>	<b>Fecha de aprobación Abril 4 de 2012</b>

#### 1. OBJETIVO

Indicada para traumatismos, artrosis, dolor e estudio, calcificaciones intra o per articulares, luxaciones fracturas, LCC y otras.

#### 2. ALCANCE

Toma de radiografía de puño AP y lateral.

#### 3. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS

No aplica

#### 4. CONTENIDO DEL PROTOCOLO

##### 4.1. INDICACIONES

No aplica

##### 4.2. MATERIALES

- Orden medica con identificación completa y datos clínicos.
- Bata para paciente.

### **4.3. PREPARACIÓN DEL PACIENTE**

No aplica

### **4.4. CONTRAINDICACIONES**

No aplica

### **4.5. PROCEDIMIENTO**

- Verifico orden médica que contenga identificación completa y datos clínicos.
- Coloco el chasis de 8x10 sobre la mesa radiológica a lo ancho y divido la misma para 2 exposiciones mediante el colimador.
- En el cuadrante habilitado para la exposición radiológica le indico al paciente que coloque la mano en pronación con la muñeca en el centro del espacio reservado y centro sobre el punto medio de la articulación radio carpiana.
- Coloco técnica radiológica en el comando del equipo
- Realizo exposición radiológica.
- Retiro la muñeca del área ya expuesta y habilito la otra mitad para la siguiente exposición.
- Le indicio al paciente que coloque su mano en posición lateral con el borde interno de la mano sobre el chasis y centro sobre la articulación radio carpiana.
- Coloco técnica radiológica en el comando del equipo.
- Realizo exposición radiológica.
- Retiro chasis y paciente.
- Retiramos al paciente, procedemos a marcar las palcas en el marcador de placas con los siguientes datos del paciente: Nombre y apellidos, edad, fecha de la toma del examen y iniciales del técnico que realiza la toma; revelar las placas radiológicas y realizamos un control de calidad del examen; registro de número de placas gastadas (buenas y malas) en el formato correspondiente; pasamos al radiólogo para su estudio.
- Fin del proceso.

### **4.6. COMPLICACIONES**

No aplica

#### 4.7. RECOMENDACIONES

No aplica

#### 5. BIBLIOGRAFÍA

Ley 657 de 2001 del Congreso de la Republica de Colombia, Por el cual se reglamenta la especialidad de radiología e imágenes diagnosticas y se dictan otras disposiciones.


#### 6. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	Abril 4 de 2012	Creación del Documento

Fuente: Autores

#### 9.3.1.7 Protocolo para Toma de Radiología Pierna AP y Lateral

Tabla 27. Protocolo para Toma de Radiología Pierna AP y Lateral

 CENTRO DE ESPECIALISTAS DE SANTANDER CONVENIO DE SERVICIOS FOSCAL / BUCARAMANGA	PROCESO ASISTENCIAL	Código: RCES.07
	PROTOCOLO PARA LA TOMA DE RADIOLOGÍA DE PIERNA AP Y LATERAL	Versión: 01
		Página 1 de 3
Revisó Coordinador Administrativo	Aprobó Administrador	Fecha de aprobación Abril 4 de 2012

#### 1. OBJETIVO

La radiografía de pierna está indicada para traumatismos, localización de cuerpos extraños, lesiones osteolítica u osteoblasticas en huesoso y otras.

#### 2. ALCANCE

Toma de radiología de pierna AP y lateral

### **3. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS**

No aplica

### **4. CONTENIDO DEL PROTOCOLO**

#### **4.1. INDICACIONES**

No aplica

#### **4.2. MATERIALES**

- Orden medica con identificación completa y datos clínicos
- Bata para paciente
- Chasis de 14x17 o según edad y tamaño del paciente.

#### **4.3. PREPARACIÓN DEL PACIENTE**

No aplica

#### **4.4. CONTRAINDICACIONES**

No aplica

#### **4.5. PROCEDIMIENTO**

- Verifico orden medica que contenga identificación completa y datos clínicos
- Coloco chasis de 14x17 sobre la mesa radiológica y a lo ancho con la marca hacia la derecha del paciente.
- Le indico al paciente que se retire el pantalón y se coloque la bata con la abertura hacia atrás y se suba a la mesa radiológica.
- Coloco la pierna del paciente en posición A.P. sobre una mitad del chasis al cual he dividido mediante el colimador para 2 exposiciones.
- Coloco técnica radiológica en el comando del equipo.
- Procedo a realizar la exposición radiológica.
- Le indico al paciente que se acueste de medio lado colocando su pierna bien lateral sobre la otra mitad del chasis apoyando la cara externa de la pierna sobre este.
- Coloco técnica radiológica en el comando del equipo.
- Realizo exposición radiológica.

- Retiro paciente y chasis.
- Retiramos al paciente, procedemos a marcar las placas en el marcador de placas con los siguientes datos del paciente: Nombre y apellidos, edad, fecha de la toma del examen y iniciales del técnico que realiza la toma; revelar las placas radiológicas y realizamos un control de calidad del examen; registro de número de placas gastadas (buenas y malas) en el formato correspondiente; pasamos al radiólogo para su estudio.
- Fin del proceso.

#### **4.6. COMPLICACIONES**

No aplica

#### **4.7. RECOMENDACIONES**

No aplica

### **5. BIBLIOGRAFÍA**

Ley 657 de 2001 del Congreso de la Republica de Colombia, Por el cual se reglamenta la especialidad de radiología e imágenes diagnosticas y se dictan otras disposiciones.


### **6. CONTROL DE CAMBIOS**

<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA DE APROBACIÓN</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS</b>
01	Abril 4 de 2012	Creación del Documento

Fuente: Autores

### 9.3.1.8 Protocolo para Toma de Radiología Rodilla AP y Lateral

Tabla 28. Protocolo para Toma de Radiología Rodilla AP y Lateral

 CENTRO DE ESPECIALISTAS DE SANTANDER CONVENIO DE SERVICIOS FOSCAL / BUCARAMANGA	<b>PROCESO ASISTENCIAL</b>	<b>Código: RCES.08</b>
	<b>PROTOCOLO PARA LA TOMA DE RADIOLOGÍA DE RODILLA AP Y LATERAL</b>	<b>Versión: 01</b>
		<b>Página 1 de 3</b>
<b>Revisó Coordinador Administrativo</b>	<b>Aprobó Administrador</b>	<b>Fecha de aprobación Abril 4 de 2012</b>

#### 1. OBJETIVO

La radiología de rodilla está indicada para traumatismos, localizar cuerpos extraños artrosis de rodilla, calcificaciones intra o peri articulares lesiones articulares y otras.

#### 2. ALCANCE

Toma de radiología de Rodilla AP y lateral

#### 3. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS

No aplica

#### 4. CONTENIDO DEL PROTOCOLO

##### 4.1. INDICACIONES

No aplica

##### 4.2. MATERIALES

- Orden medica con identificación y datos clínicos del paciente
- Bata para paciente
- Chasis de 8x10 en No. De 2.

### **4.3. PREPARACIÓN DEL PACIENTE**

No aplica

### **4.4. CONTRAINDICACIONES**

No aplica

### **4.5. PROCEDIMIENTO**

- Verifico identificación del paciente y que la orden traiga datos clínicos
- Coloco el chasis de 8x10 sobre la tabla radiológica a lo largo con la marca hacia la derecha el paciente.
- Le indico al paciente que se retire el pantalón y se coloque la bata con la abertura hacia atrás y se suba a la mesa y se coloque en decúbito supino.
- Colocamos la rodilla del paciente sobre el chasis radiológico en posición AP.
- Coloco técnica radiológica en el comando del equipo.
- Retiramos exposición radiológica.
- Retiramos chasis y colocamos el siguiente en la misma posición.
- Le indicamos al paciente que se acueste de medio lado sobre la rodilla afectada colocamos el borde externo de la misma sobre el chasis y le pedimos que la flexione hasta lograr un ángulo aproximado de 6 grados.
- Coloco técnica en el comando del equipo.

### **4.6. COMPLICACIONES**

No aplica

### **4.7. RECOMENDACIONES**

No aplica

## **5. BIBLIOGRAFÍA**

Ley 657 de 2001 del Congreso de la Republica de Colombia, Por el cual se reglamenta la especialidad de radiología e imágenes diagnosticas y se dictan otras disposiciones.


## 6. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	Abril 4 de 2012	Creación del Documento

Fuente: Autores

### 9.3.1.9 Protocolo para Toma de Radiología de Pie AP y Oblicuo Interno

Tabla 29. Protocolo para Toma de Radiología de Pie AP y Oblicuo Interno

 <b>CENTRO DE ESPECIALISTAS DE SANTANDER</b> CONVENIO DE SERVICIOS FOSCAL / BUCARAMANGA	<b>PROCESO ASISTENCIAL</b>	<b>Código: RCES.09</b>
	<b>PROTOCOLO PARA LA TOMA DE RADIOLOGÍA PIE AP Y OBLICUO INTERNO</b>	<b>Versión: 01</b>
		<b>Página 1 de 3</b>
<b>Revisó Coordinador Administrativo</b>	<b>Aprobó Administrador</b>	<b>Fecha de aprobación Abril 4 de 2012</b>

## 1. OBJETIVO

La radiología de pie y oblicuo interno, se realiza para trauma, calificaciones intra o peri articulares, lesiones articulares, artritis, artrosis y otras.

## 2. ALCANCE

Toma de radiología pie AP y oblicuo interno

## 3. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS

No aplica

## 4. CONTENIDO DEL PROTOCOLO

### 4.1. INDICACIONES

No aplica

#### **4.2. MATERIALES**

- Orden médica con identificación completa y datos clínicos del paciente
- Chasis de 10x12

#### **4.3. PREPARACIÓN DEL PACIENTE**

No aplica

#### **4.4. CONTRAINDICACIONES**

No aplica

#### **4.5. PROCEDIMIENTO**

- Verifico identificación del paciente y datos clínicos.
- Coloco chasis de 10x12 a lo largo sobre mesa radiológica con el espacio reservado para la marca a la derecha del paciente.
- Le indico al paciente que se retire el zapato y se suba a la mesa radiológica.
- Con el colimador dividido la placa para 2 exposiciones en una de las cuales le pido que coloque el pie con la planta sobre el chasis.
- Centro en la cabeza distal del 1er metatarsiano y si la lesión se encuentra ubicada hacia los metatarsianos le doy una angulación de aproximadamente 5 grados hacia el tobillo, si la lesión está ubicada hacia los dedos el haz de rayos x debe incidir perpendicularmente.
- Coloco técnica radiológica en el comando del equipo.
- Realizo exposición radiológica.
- En el mismo chasis en la otra mitad de la placa coloco el pie del paciente girándolo levemente en sentido interno para así lograr una proyección oblicua interna.
- Coloco técnica radiológica
- Retiro chasis y paciente.
- Retiramos al paciente, procedemos a marcar las placas en el marcador de placas con los siguientes datos del paciente: Nombre y apellidos, edad, fecha de la toma del examen y iniciales del técnico que realiza la toma; revelar las placas radiológicas y realizamos un control de calidad del examen; registro de número de placas gastadas (buenas y malas) en el formato correspondiente; pasamos al radiólogo para su estudio.
- Fin del proceso.

#### 4.6. COMPLICACIONES

No aplica

#### 4.7. RECOMENDACIONES

No aplica

#### 5. BIBLIOGRAFÍA

Ley 657 de 2001 del Congreso de la Republica de Colombia, Por el cual se reglamenta la especialidad de radiología e imágenes diagnosticas y se dictan otras disposiciones.


#### 6. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	Abril 4 de 2012	Creación del Documento

Fuente: Autores

#### 9.3.1.10 Protocolo para Toma de Radiología de Cráneo AP y Lateral

Tabla 30. Protocolo para Toma de Radiología de Cráneo AP y Lateral

	<b>PROCESO ASISTENCIAL</b>	<b>Código: RCES.10</b>
	<b>PROTOCOLO PARA LA TOMA DE RADIOLOGÍA DE CRÁNEO AP Y LATERAL</b>	<b>Versión: 01</b>
		<b>Página 1 de 3</b>
<b>Revisó Coordinador Administrativo</b>	<b>Aprobó Administrador</b>	<b>Fecha de aprobación Abril 4 de 2012</b>

#### 1. OBJETIVO

La radiografía del cráneo está indicada para traumatismo, fracturas, localización de lesiones osteolíticas u osteoblásticas en tabla ósea del cráneo así como para la localización de metástasis en cráneo.

## **2. ALCANCE**

Toma de radiología de cráneo AP y lateral

## **3. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS**

No aplica

## **4. CONTENIDO DEL PROTOCOLO**

### **4.1. INDICACIONES**

No aplica

### **4.2. MATERIALES**

- Orden médica con identificación completa y datos clínicos del paciente
- Chasis de 10x12

### **4.3. PREPARACIÓN DEL PACIENTE**

No aplica

### **4.4. CONTRAINDICACIONES**

No aplica

### **4.5. PROCEDIMIENTO**

- Verifico identificación del paciente y datos clínicos.
- Le indico al paciente que se retire aretes, ganchos e pelo, prótesis dental y accesorios metálicos.
- Centro el tubo de rayos x con la línea central de la mesa.
- Coloco chasis de 10x12 en la bandeja del bucky y de la mesa con la marca hacia la derecha del paciente.
- Le indico al usuario que se acueste en decúbito supino sobre la mesa centrando su eje sagital con la línea central de la mesa y le solicito que

realice una ligera flexión para alinear el conducto auditivo con la línea infraorbitomeatal.

- Centro la placa con el rayo verificando que el borde superior del chasis quede 1 cm por encima del borde superior del cráneo y que el centro coincida con el nasion.
- Coloco técnica en el comando del equipo
- Realizo exposición radiológica.
- Retiro al paciente y chasis de la sala.
- Retiramos al paciente, procedemos a marcar las palcas en el marcador de placas con los siguientes datos del paciente: Nombre y apellidos, edad, fecha de la toma del examen y iniciales del técnico que realiza la toma; revelar las placas radiológicas y realizamos un control de calidad del examen; registro de número de placas gastadas (buenas y malas) en el formato correspondiente; pasamos al radiólogo para su estudio.
- Fin del proceso.

#### **4.6. COMPLICACIONES**

No aplica

#### **4.7. RECOMENDACIONES**

No aplica

#### **5. BIBLIOGRAFÍA**

Ley 657 de 2001 del Congreso de la Republica de Colombia, Por el cual se reglamenta la especialidad de radiología e imágenes diagnosticas y se dictan otras disposiciones.


#### **6. CONTROL DE CAMBIOS**

<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA DE APROBACIÓN</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS</b>
01	Abril 4 de 2012	Creación del Documento

Fuente: Autores

### 9.3.1.11 Protocolo para Toma de Urografía Excretora Intravenosa

Tabla 31. Protocolo para Toma de Urografía Excretora Intravenosa

 CENTRO DE ESPECIALISTAS DE SANTANDER CONVENIO DE SERVICIOS FOSCAL / BUCARAMANGA	<b>PROCESO ASISTENCIAL</b>	<b>Código: RCES.11</b>
	<b>PROTOCOLO PARA LA TOMA DE UROGRAFIA EXCRETORA INTRAVENOSA</b>	<b>Versión: 01</b>
		<b>Página 1 de 3</b>
<b>Revisó Coordinador Administrativo</b>	<b>Aprobó Administrador</b>	<b>Fecha de aprobación Abril 4 de 2012</b>

#### 1. OBJETIVO

La urografía intravenosa está indicada para el diagnóstico de litiasis renal, hipertensión de origen renovascular, pielonefritis, hidronefritis, hematuria indeterminada y otras patologías asociadas al sistema urinario.

#### 2. ALCANCE

Toma de urografía excretora intravenosa

#### 3. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS

No aplica

#### 4. CONTENIDO DEL PROTOCOLO

##### 4.1. INDICACIONES

No aplica

##### 4.2. MATERIALES

- Chasis de 8x10 en No. de 2.
- Lactato de ringer o solución de hartman en No. de 1 bolsa.
- Equipo Baxter de macrogoteo en No. de 1.
- Bránula No. 18 20G en No. de 1.
- Ampolla de medio de contraste no iónico en No. de 1 de 50cc mínimo.
- Equipo se asepsia de piel.

- Equipo de venopunción.
- Jeringa de 50c con aguja de No. 18G.
- Carro de paro con equipo de reanimación y droga de emergencia.
- Bata para paciente.

### **4.3. PREPARACIÓN DEL PACIENTE**

La preparación previa de este estudio debe realizarse desde 2 días antes al examen, salvo en los casos que se requiere este examen como procedimiento de emergencia como estallido renal o sospecha de ruptura de una parte del sistema urinario.

La preparación consiste en:

El día anterior al examen debe realizar de una dieta líquida consiste en la ingesta de caldos colados (consomé) jugos naturales de fruta preparados en agua. Aguas aromáticas preferiblemente de anís y gelatinas, no debe ingerir lácteos ni derivados, bebidas gaseosas, no debe fumar y debe procurar hablar lo menos posible.

A las 6 PM debe ingerir un frasco de aceite de ricino o travad oral pasado en jugo de naranja o papaya y no ingerir ningún otro alimento.

Presentarse en ayunas al día siguiente para realización del examen.

### **4.4. CONTRAINDICACIONES**

La urografía intravenosa está contraindicada en pacientes con sospecha de embarazo, antecedentes alérgicos severos a medios de contraste, diabetes mellitas, infarto agudo del miocardio reciente, asma severa, síndromes convulsivos y otros a criterio del médico radiólogo.

### **4.5. PROCEDIMIENTO**

- Verifico solicitud médica con identificación del paciente y datos clínicos del paciente.

- Constató que el paciente haya realizado la preparación.
- Le indico al paciente que pase al vestir y se retire toda la ropa excepto su ropa interior y se coloque la bata con la abertura hacia atrás.
- Acuesto al paciente en la mesa de rayos x en decúbito supino y el centro con la línea media de la mesa y del tubo de rayos x que incida perpendicular sobre el paciente como para una radiografía de abdomen simple.
- Le realizo al paciente anamnesis con el fin de verificar que el paciente no tenga algún tipo de patología que pueda contraindicar el procedimiento o que indique que se deban tomar medidas especiales para su realización.
- Coloco en la bandeja chasis de 14x17 a lo largo con marcas hacia la derecha y procedo a realizar exposición radiológica de placa previa al examen la cual permite valorar preparación y técnica radiológica así como patologías visibles en esta proyección.
- Explicamos al usuario el procedimiento que vamos a realizar informándole de las sensaciones que la inyección del medio puede producir.
- Una vez valorada a placa previa se procede a realizar venopunción previo protocolo de asepsia de piel e instalamos el lactato de ringer o goteo de mantenimiento. En una vena de buen grosor y con Bránula de calibre 18 o 20 G.
- Previo visto bueno del radiólogo de la placa previa y con su autorización procedemos a envasar el medio de contraste en la jeringa de 50 cc previa asepsia del tapón de la ampolla.
- Procedemos a inyectar previa desinfección del caucho del equipo Baxter y bajo supervisión del radiólogo, realizado esta en bolo y observando cualquier tipo de reacción que el paciente pueda manifestar e iniciamos el cronometraje del examen.
- Colocamos chasis de 11x14 atravesando con la marca a la derecha del paciente y centramos 5 cm sobre el ombligo el paciente sobre la línea media del mismo y procedemos al minuto a realizar exposición radiológica para observar fase de concentración del medio de contraste o nefrograma.
- Pasamos al médico radiólogo para su valoración y conducta a seguir.
- Colocamos nuevo chasis de 11 x14 atravesado centrándolo 5 cm sobre el ombligo y esperamos que hayan transcurrido 5 minutos al cabo de los cuales realizamos nueva exposición radiológica para observar el inicio de la fase de eliminación del medio de contraste, donde es posible valorar cálices renales, hilo renal, pelvis renal y porción proximal de uréteres.
- Pasamos al médico radiólogo para su valoración e indicaciones de conducta a seguir si lo amerita el radiólogo observara la eliminación por fluroscopia.
- Colocamos el chasis de 14x17 a lo largo en bandeja de la mesa como para un abdomen simple y esperamos que haya transcurrido 15 minutos al cabo de los cuales realizamos nueva exposición radiológica para observar fase de eliminación en la cual es posible valorar cálices renales, pelvis renal, trayecto de los uréteres y llegada de estos a la vejiga así como de las ondas peristálticas de estos.

- Pasamos el médico radiólogo para su evaluación e indicaciones de conducta a seguir.
- Colocamos nuevo chasis de 14x17 a lo largo con marca a la derecha del paciente y centramos como para un abdomen simple y esperamos a que hayan transcurrido 30 minutos desde la inyección del medio de contraste para realizar nueva exposición radiológica en la cual es posible valorar además de lo anterior la vejiga y la llegada los uréteres a esta, en esta placa es posible determinar defectos de llenado vesical, pared vesical y permite diagnosticar a través del piso de la vejiga agrandamiento de la glándula prostática, descenso del piso de la vejiga y otras patologías relacionadas con esta.
- Pasamos al médico radiólogo para su evaluación e indicaciones de conducta.
- Colocamos el chasis de 1x12 a lo ancho con marca a la derecha centrando como para radiografía de pelvis y realizamos exposición radiológica cuando el paciente sienta a vejiga llena; esta placa permite valorar piso, pared y contorno de la vejiga.
- Pasamos la medico radiólogo para evaluación.
- Colocamos nuevo chasis a lo ancho centrado como para radiografía de pelvis y realizamos exposición radiológica tan pronto el paciente haya evacuado la vejiga con el fin de valorar residuos postmiccional.
- Retiro venoclosis del paciente y le indico que se vista y cuando pueda retirar estudio.
- Retiramos al paciente, procedemos a marcar las palcas en el marcador de placas con los siguientes datos del paciente: Nombre y apellidos, edad, fecha de la toma del examen y iníciales del técnico que realiza la toma; revelar las placas radiológicas y realizamos un control de calidad del examen; registro de número de placas gastadas (buenas y malas) en el formato correspondiente; pasamos al radiólogo para su estudio.
- Paso placas al médico radiólogo para su interpretación. Despacho paciente indicándole cuando puede retirar sus resultados.
- Fin del proceso.

#### **4.6. COMPLICACIONES**

No aplica

#### **4.7. RECOMENDACIONES**

No aplica

## 5. BIBLIOGRAFÍA

Ley 657 de 2001 del Congreso de la Republica de Colombia, Por el cual se reglamenta la especialidad de radiología e imágenes diagnosticas y se dictan otras disposiciones.


## 6. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	Abril 4 de 2012	Creación del Documento

Fuente: Autores

### 9.3.1.12 Protocolo para la Toma de Mamografía

Tabla 32. Protocolo para la Toma de Mamografía

 <b>CENTRO DE ESPECIALISTAS DE SANTANDER</b> <small>CONVENIO DE SERVICIOS FOSCAL / BUCARAMANGA</small>	<b>PROCESO ASISTENCIAL</b>	<b>Código: RCES.10</b>
	<b>PROTOCOLO PARA LA TOMA DE LA MAMOGRAFÍA</b>	<b>Versión: 01</b>
		<b>Página 1 de 3</b>
<b>Revisó Coordinador Administrativo</b>	<b>Aprobó Administrador</b>	<b>Fecha de aprobación Abril 4 de 2012</b>

## 1. OBJETIVO

La mamografía es un tipo especial de examen que utiliza un sistema de rayos X a baja dosis para estudiar los senos (mamas). Un examen por mamografía se usa como herramienta para detectar cáncer de mama temprana en las mujeres que no tienen síntomas y para detectar y diagnosticar enfermedad de mama en las mujeres que tienen síntomas como masa o dolor, o descarga del pezón. La mamografía tiene un papel central en la detección del cáncer de mama porque puede mostrar cambios en el seno hasta dos años antes de que la paciente o el médico los sientan.

## 2. ALCANCE

Toma de mamografía

### **3. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS**

No aplica

### **4. CONTENIDO DEL PROTOCOLO**

#### **4.1. INDICACIONES**

No aplica

#### **4.2. MATERIALES**

- Orden médica con identificación completa y datos clínicos del paciente
- Chasis de 10x12

#### **4.3. PREPARACIÓN DEL PACIENTE**

No aplica

#### **4.4. CONTRAINDICACIONES**

No aplica

#### **4.5. PROCEDIMIENTO**

- Revisar orden medica que este completa con el nombre de la paciente y estudio solicitado.
- Pasar la paciente a la sala de mamografía y solicitarle que se quite todas las joyas y la ropa por encima de la cintura y que se ponga una bata abierta por delante.
- Llenar formato de encuesta (ver formato)
- Ubicar la paciente al frente del mamografía y el seno se coloca en una plataforma especial y se comprime con una placa (plástica), que todo el seno tenga un grosor uniforme para ver todo el tejido.
- Se hace la primera toma en posición craneodaudal del seno derecho, habiendo colocado el chasis en el porta chasis con la marca a la derecha de la paciente; seguidamente se inclina el tubo de 60° hacia la izquierda y se coloca el seno derecho en la posición oblicua cambiando el chasis y colocándolo con la marca

hacia el lado derecho 60° y se coloca el seno izquierdo, colocando el chasis con la marca hacia el lado derecho de la paciente y se hace la exposición.

- Se retira la paciente y el chasis.
- Retiramos el paciente, procedemos a marcar las placas en el marcador de placas con los siguientes datos del paciente: Nombre y apellidos, edad, fecha de la toma del examen y iniciales del técnico que realiza la toma; revelar las placas radiológicas y realizamos un control de calidad del examen; registro numero de placas gastadas (Buenas y malas) en el formato correspondiente; pasamos al radiólogo para su estudio.
- Le informo a la paciente cuando estará listo el resultado; no asuma que el resultado es normal si el médico no le avisa nada.
- Despacho paciente indicándole cuando puede retirar sus resultados.
- Fin del procedimiento.

#### **4.6. COMPLICACIONES**

No aplica

#### **4.7. RECOMENDACIONES**

No aplica

### **5. BIBLIOGRAFÍA**

Ley 657 de 2001 del Congreso de la Republica de Colombia, Por el cual se reglamenta la especialidad de radiología e imágenes diagnosticas y se dictan otras disposiciones.


### **6. CONTROL DE CAMBIOS**

<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA DE APROBACIÓN</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS</b>
01	Abril 4 de 2012	Creación del Documento

Fuente: Autores

### 9.3.1.13 Protocolo para la Toma de Densitometria

Tabla 33. Protocolo para la Toma de Densitometria

 CENTRO DE ESPECIALISTAS DE SANTANDER CONVENIO DE SERVICIOS FOSCAL / BUCARAMANGA	<b>PROCESO ASISTENCIAL</b>	<b>Código: RCES.13</b>
	<b>PROTOCOLO PARA LA TOMA DE UROGRAFIA EXCRETORA INTRAVENOSA</b>	<b>Versión: 01</b>
		<b>Página 1 de 3</b>
<b>Revisó Coordinador Administrativo</b>	<b>Aprobó Administrador</b>	<b>Fecha de aprobación Abril 4 de 2012</b>

#### 1. OBJETIVO

La densitometría ósea es una prueba para determinar la densidad mineral ósea. Se puede realizar con rayos x, ultrasonidos o isótopos radiactivos. Sirve para el diagnóstico de osteoporosis. El test se realiza con el aparato que mide las imágenes y da una cifra de la cantidad mineral ósea por superficie.

#### 2. ALCANCE

Toma de densitometría.

#### 3. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS

La DXA mayormente se utiliza para diagnosticar la osteoporosis, una enfermedad que frecuentemente afecta a las mujeres después de la menopausa, pero que también puede afectar a los hombres. La osteoporosis incluye una pérdida gradual del calcio, así como cambios estructurales, provocado que los huesos pierdan grosor, se vuelvan más frágiles y con mayor probabilidad de quebrarse.

La DXA es también afectiva en el seguimiento de los efectos del tratamiento para la osteoporosis y otras enfermedades que generan pérdida ósea

El examen de DXA también puede evaluar un riesgo que tiene una persona para desarrollara fracturas. El riesgo de sufrir fracturas se ve afectado por la edad, el peso corporal, los antecedentes de una fractura anterior, antecedentes familiares de fracturas osteoporoticas y cuestiones relativas al estilo de vida tales como

fumar cigarrillos y consumir alcohol en exceso. Se considera estos factores a la hora de decidir si un paciente necesita tratamiento.

#### **4. CONTENIDO DEL PROTOCOLO**

##### **4.1. INDICACIONES**

No aplica

##### **4.2. MATERIALES**

No aplica

##### **4.3. PREPARACIÓN DEL PACIENTE**

No aplica

##### **4.4. CONTRAINDICACIONES**

No aplica

##### **4.5. PROCEDIMIENTO**

- Verifico solicitud médica e identificación del paciente y datos clínicos del paciente.
- Le indico al paciente que se retire la camisa o blusa y pantalón y se coloque la bata con la abertura hacia atrás.
- Lleno encuesta que ayudara al médico a determinar si el paciente padece afecciones médicas que aumentan o disminuyen su riesgo de sufrir una fractura. (Ver formato de encuesta Densitometría).
- Seguidamente se le indica al paciente que se acueste en la mesa y se acomoda las piernas sobre un cubo acolchado para aplanar la pelvis y la parte inferior (lumbar) de la columna. Se configura al PC para realizar la toma de la imagen de la columna lumbar. Posteriormente e acomoda al paciente para la toma de la imagen de la cadera, acomodando al pie del paciente una abrazadera que rota la cadera hacia adentro. En ambos casos, el detector pasa lentamente por el área, generando imágenes en un monitor de computadoras.

- El examen de densidad ósea de DXA tiene una duración de aproximadamente entre 20 a 30 minutos, dependiendo de las características del paciente.
- Terminada la toma del examen se informa al paciente que puede vestirse y se le informa cuando se puede pasar por los resultados.
- Seguidamente se hace el análisis de las imágenes tomadas anteriormente, se imprimen, se termina de llenar el formato de la encuesta con los datos que arroja el análisis de las imágenes tomadas y por último se pasa para lectura del médico radiólogo.

#### **4.6. COMPLICACIONES**

No aplica

#### **4.7. RECOMENDACIONES**

No aplica

### **5. BIBLIOGRAFÍA**

Ley 657 de 2001 del Congreso de la República de Colombia, Por el cual se reglamenta la especialidad de radiología e imágenes diagnosticas y se dictan otras disposiciones.

### **6. CONTROL DE CAMBIOS**

<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA DE APROBACIÓN</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS</b>
01	Abril 4 de 2012	Creación del Documento

Fuente: Autores

### **9.4 INSTRUCTIVOS**


Los instructivos son documentos operativos que describen de manera más específica los pasos necesarios para llevar a cabo cada proceso de trabajo. Se

aplican a procesos técnicamente complejos, con múltiples operaciones específicas o sujetos a continuos cambios

#### 9.4.1 Instructivos del Área de Enfermería

##### 9.4.1.1 Instructivo de Operación de Micronebulizador

**Tabla 34. Instructivo de Operación de Micronebulizador**

	<b>PROCESO ASISTENCIAL</b>	<b>Código: ICES.01</b>
	<b>INSTRUCTIVO PARA USO DE MICRONEBULIZADORES</b>	<b>Versión: 01</b>
		<b>Página 1 de 2</b>
<b>Revisó Coordinador Administrativo</b>	<b>Aprobó Administrador</b>	<b>Fecha de aprobación Abril 4 de 2012</b>

### 1. OBJETIVO

Describe los pasos para facilitar el uso del Nebulizador tipo Compresor por parte del personal de enfermería encargado del uso del equipo maximizando los beneficios que ésta tiene.

### 2. ALCANCE

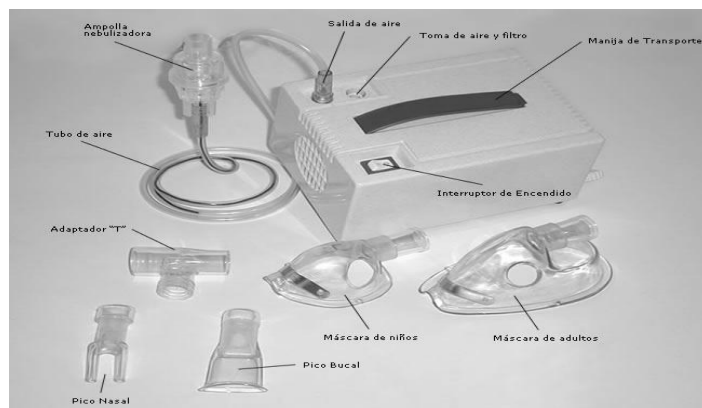
Aplica para el manejo del Micronebulizador de Compresor utilizado en la estación de Enfermería del CES San Gil.

### 3. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS

Los Nebulizadores de Compresor son dispositivos eléctricos que transforman un líquido en aerosol y que se utilizan para administrar medicamentos en soluciones para inhalarse a través de mascarillas o boquillas. Un sistema lo constituye el compresor y un nebulizador compatible.

Un compresor es un equipo eléctrico que origina aire forzado antes del aerosol, tomando aire del exterior a través de un filtro y bombea a alta presión. El aire ambiental es empujado a través del filtro que contiene el compresor y se expulsa

hasta el nebulizador, por lo que cualquier sustancia líquida que contenga el nebulizador es aerosolizada.



#### 4. CONTENIDO DEL INSTRUCTIVO

##### 4.1 RECOMENDACIONES

- Chequear el filtro del compresor y reemplazarlo cuando haya cambiado de color. Tener en cuenta si existe mayor polución o tierra en suspensión, se deberá cambiar el filtro con mayor frecuencia.
- *Dos veces al mes realizar la limpieza externa del compresor, utilizando paños limpios y productos de limpieza suaves.*
- *Cuando no se utiliza el compresor, cubrirlo con una pieza de tela de algodón (nunca con nylon) que será lavada con frecuencia.*

##### 4.2 DESCRIPCIÓN

No.	Actividad	Responsable	Documento/Registro Asociado
1	Coloque el compresor sobre una superficie plana y segura	Auxiliar de enfermería	
2	Agregue la dosis dada por el médico en la copa de medicamento del nebulizador con un gotero o frasco medidor.	Enfermera Jefe	Historia Clínica / Formula Médica
3	Ensamble la boquilla, el	Auxiliar de	

No.	Actividad	Responsable	Documento/Registro Asociado
	adaptador T y la copa de medicamento del nebulizador.	enfermería	
4	Fije la manguera a la entrada de aire del nebulizador y encienda el compresor.	Auxiliar de enfermería	
5	Siente derecho al usuario y coloque la boquilla/mascara.	Auxiliar de enfermería	
6	Pídale al usuario que aspire profunda y relajadamente hasta que el nebulizador termine la solución fisiológica.	Auxiliar de enfermería	
7	Golpee con suavidad el Micronebulizador periódicamente con el dedo medio, hasta que finalice la nebulización	Auxiliar de enfermería	
8	Retire el equipo de Nebulizar (mascara/boquilla)	Auxiliar de enfermería	
9	Deje enfriar el equipo	Auxiliar de enfermería	
10	Una vez frío guarde el equipo en un lugar fresco y seco	Auxiliar de enfermería	

## 5. BIBLIOGRAFÍA

Devlbiss Healthcare, Manual de Operación Aerosolterapia – pulmoneb código HCPCS-E0570 Serie 3655TX

## 6. CONTROL DE CAMBIOS


VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	Abril 4 de 2012	Creación del Documento

Fuente: Autores

## 9.4.2 Instructivos del Área de Radiología

### 9.4.2.1 Instructivo para el Manejo del Mamógrafo

Tabla 35. Instructivo para el Manejo del Mamógrafo

	<b>PROCESO ASISTENCIAL</b>	<b>Código: ICES.02</b>
	<b>INSTRUCTIVO PARA EL MANEJO DEL MAMÓGRAFO</b>	<b>Versión: 01</b>
		<b>Página 1 de 2</b>
<b>Revisó Coordinador Administrativo</b>	<b>Aprobó Administrador</b>	<b>Fecha de aprobación Abril 4 de 2012</b>

#### 1. OBJETIVO

Describe los pasos para facilitar el uso del Mamógrafo por parte del personal de Radiología encargado del uso del equipo maximizando los beneficios que ésta tiene.

#### 2. ALCANCE

Aplica para el manejo del Mamógrafo utilizado en el Servicio de Radiología del CES San Gil.

#### 3. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS

Una unidad de mamografía consiste en una caja rectangular que contiene el tubo que genera los rayos X. La unidad se utiliza exclusivamente para los exámenes de rayos X en la mama, con accesorios especiales que permiten que sólo la mama se quede expuesta a los rayos X. Conectado a la unidad se encuentra un dispositivo que sostiene y comprime la mama y la posiciona para poder obtener imágenes de diferentes ángulos.



## 4. CONTENIDO DEL INSTRUCTIVO

### 4.1. RECOMENDACIONES

Aplane el grosor de la mama de manera que todos los tejidos puedan visualizarse. Extender el tejido de manera que las anomalías pequeñas son menos probables de quedar oscurecidas por el tejido superior de la mama.

Permitir el uso de una dosis más baja de rayos X ya que una cantidad más delgada de tejido mamario está siendo tomada en imágenes.

Mantener la mama firme con el fin de minimizar lo que se vea borroso en la imagen a causa del movimiento.

Reducir la dispersión de rayos X para aumentar la agudeza de la imagen

### 4.2. DESCRIPCIÓN

No.	Actividad	Responsable	Documento/Registro Asociado
1	Posicione la mama en la unidad de mamografía	Técnico en Rx	
2	Coloque la mama en la plataforma	Técnico en Rx	
3	comprima la mama gradualmente	Técnico en Rx	
4	Solicite que contenga la respiración por unos	Técnico en Rx	

No.	Actividad	Responsable	Documento/Registro Asociado
	segundos mientras se toma la imagen de rayos X para reducir la posibilidad de que ésta resulte borrosa		
5	diríjase detrás de una pared o hacia la sala contigua para activar la máquina de rayos X.	Técnico en Rx	
6	Pídale al usuario que cambie de posición	Técnico en Rx	
7	Cambie de mama	Técnico en Rx	
8	Determine que se hayan obtenido todas las imágenes necesarias.	Técnico en Rx	
9	Deje enfriar el equipo	Auxiliar de enfermería	

## 5. BIBLIOGRAFÍA

Manual de Operación Senographe DMR


## 6. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	Abril 4 de 2012	Creación del Documento

Fuente: Autores

#### 9.4.2.2 Instructivo para el Manejo del Ecógrafo

Tabla 36. Instructivo para el Manejo del Ecógrafo

 <b>CENTRO DE ESPECIALISTAS DE SANTANDER</b> <small>CONVENIO DE SERVICIOS FOSCAL / BUCARAMANGA</small>	<b>PROCESO ASISTENCIAL</b>	<b>Código: ICES.03</b>
	<b>INSTRUCTIVO PARA EL MANEJO DE ECÓGRAFO</b>	<b>Versión: 01</b>
		<b>Página 1 de 2</b>
<b>Revisó Coordinador Administrativo</b>	<b>Aprobó Administrador</b>	<b>Fecha de aprobación Abril 4 de 2012</b>

### 1. OBJETIVO

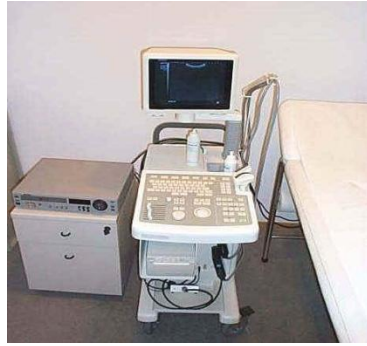
Describe los pasos para facilitar el uso del Ecógrafo por parte del personal de Radiología encargado del uso del equipo maximizando los beneficios que ésta tiene.

### 2. ALCANCE

Aplica para el manejo del Ecógrafo utilizado en el Servicio de Radiología del CES San Gil.

### 3. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS

Un Ecógrafo es un producto sanitario electromédico utilizado para realizar ecografías o ultrasonidos, el cual toma ventaja de las ondas sonoras de alta frecuencia para generar secuencias de imágenes de órganos y formaciones dentro del cuerpo tales como: corazón, los riñones, el hígado, entre otros.



Ecógrafo desplazable, camilla, video y preparada para el estudio del paciente. Debe estar oscurecida y ser confortable para el médico y paciente.



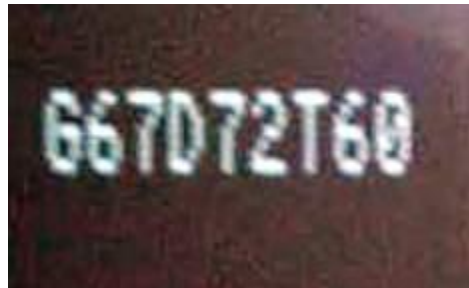
Mesa de control. Arriba a la derecha 2 sondas una curva para ecografía abdominal y otra plana para partes blandas y tiroides.



Detalle de la mesa de control en la que observamos una bola blanca o trackball que nos permite mediciones y desplazamientos del cursor por el monitor. En la esquina inferior derecha (verde) las teclas de pausa de imagen e impresión en papel.



Detalle de la mesa de control. El trackball, ya visto, a su lado un control blanco y plano que ajusta la \*ganancia global\* y a la izquierda deslizadores que ajustan la ganancia por planos. La ganancia significa amplificación de los ecos, y se traduce por un aumento o disminución del brillo de la imagen.



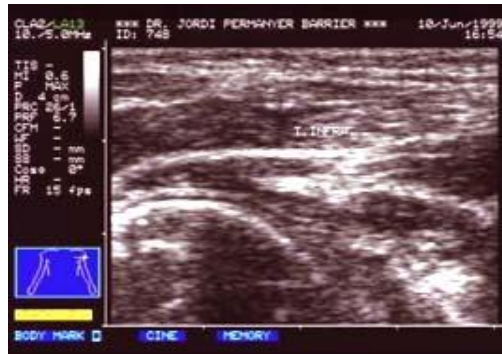
En las ecografías vemos estos datos que significan:

G67 ganancia 67 (brillo)

D72 rango dinámico 72 (grises)

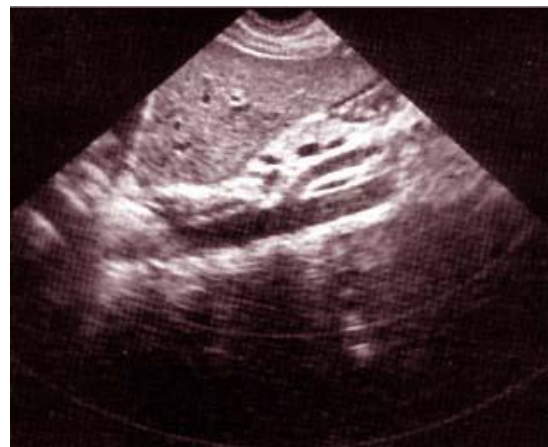
T60 transmisión focal 60 (enfoque)

- **Sonda**, Su función es transformar la energía eléctrica que les llega en energía sonora (ultrasonido) y el eco que dicho ultrasonido produce al atravesar los diferentes tejidos en energía eléctrica.
- **Lineales**



Proporcionan un formato de imagen rectangular. Se usan para el estudio de estructuras más superficiales como: Músculos, tendones, mama, tiroides, escroto, vasos superficiales, etc. Al usarse para la exploración de estructuras más superficiales las frecuencias de trabajo suelen ser entre 7.5 y 13 MHz, aunque existen hasta 20 MHz.

- **Sectoriales**



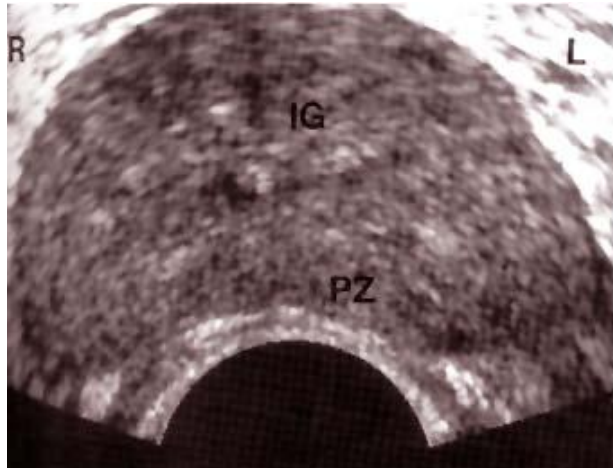
Proporcionan un formato de imagen triangular o en abanico con una base de inicio de la emisión de los ecos mínima. Se usan en la exploración cardíaca y abdominal ya que permiten tener un abordaje intercostal. Al usarse para la exploración de estructuras más profundas su frecuencia de trabajo suele ser entre 3.5 y 5 MHz

- **Convex**



Tienen una forma curva y proporcionan un formato de imagen de trapecio. Se usan en la exploración abdominal general y obstétrica. Las frecuencias de trabajo son las mismas que en las sondas sectoriales

- **Intracavitarias**



Pueden ser lineales y/o convex. Se usan para exploraciones intrarectales e intravaginales. Las frecuencias de trabajo suelen ser entre 5 y 7.5 MHz

## 4. CONTENIDO DEL INSTRUCTIVO

### 4.1. RECOMENDACIONES

**Directrices para el uso de la sonda y el sistema**  
***Ajuste de la potencia inicial***

Escáneres debe ser configurado de manera que el valor por defecto (la conexión) ajuste del control de potencia acústica es baja. Si un valor predeterminado de baja no se puede lograr, un nivel bajo debe ser seleccionado después de la conexión. Un nivel bajo se debe seleccionar para cada nuevo paciente. La salida sólo se debe aumentar durante la investigación si esto es necesario para producir un resultado satisfactorio.

### ***Tiempo de exposición***

Los tiempos generales de los exámenes deben ser lo más breve que sea necesario para producir un resultado útil para el diagnóstico.

### ***Sonda estacionaria***

La sonda no debe ser mantenida en una posición fija por más tiempo del necesario, y debe ser retirado del paciente cada vez que no hay necesidad de una imagen en tiempo real o espectral adquisición Doppler. Por ejemplo, con el fotograma congelado o las instalaciones de cine de bucle permite que las imágenes se revisaron y discutieron sin continuar la exposición.

### ***Sonda de auto calentamiento***

Endo-cavitarias sondas (por ejemplo, sondas vaginal, rectal o esofágica) no debe utilizarse si hay notable auto-calentamiento de la sonda cuando se opera en el aire. Esto se aplica a cualquier sonda, pero un cuidado especial se debe tomar con traductores Transvaginales durante las 10 después de la FUM.

## **4.3. PRECAUCIONES**

### **Tejidos sensibles**

Especial cuidado se debe tomar para reducir el riesgo de los riesgos térmicos al exponer lo siguiente a los ultrasonidos de diagnóstico:

- un embrión de menos de ocho semanas después de la concepción;
- la cabeza, el cerebro o la columna vertebral de cualquier feto o recién nacido;
- un ojo (en un sujeto de cualquier edad).

El Operador debe tratar de mantenerse dentro de los tiempos de escaneo UGP; Si hay una necesidad clínica de superar estos tiempos recomendados, el principio ALARA todavía deben ser seguidas. Cuando los tiempos totales de más tiempo que los recomendados aquí son esenciales, la sonda debe ser retirada del paciente siempre que sea posible, para minimizar la exposición.

## 5. BIBLIOGRAFÍA

Manual de Operación Ultrasonido de Diagnóstico.


## 6. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS
01	Abril 4 de 2012	Creación del Documento

Fuente: Autores

### 9.4.2.3 Instructivo para el Manejo del Densitómetro

**Tabla 37. Instructivo para el Manejo del Densitómetro**

	<b>PROCESO ASISTENCIAL</b>	<b>Código: ICES.04</b>
	<b>INSTRUCTIVO PARA EL MANEJO DEL DENSITOMETRO</b>	<b>Versión: 01</b>
		<b>Página 1 de 2</b>
<b>Revisó Coordinador Administrativo</b>	<b>Aprobó Administrador</b>	<b>Fecha de aprobación Abril 4 de 2012</b>

### 1. OBJETIVO

Describe los pasos para facilitar el uso del Densitómetro por parte del personal de Radiología encargado del uso del equipo maximizando los beneficios que ésta tiene.

### 2. ALCANCE

Aplica para el manejo del Densitómetro utilizado en el Servicio de Radiología del CES San Gil.

### 3. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS

Un **densitómetro** es un dispositivo que mide el grado de oscuridad (densidad óptica) de un material semitransparente, o de una superficie reflectante.

El densitómetro es básicamente una fuente de luz que apunta a una celda fotoeléctrica, que determina la densidad de la muestra a partir de diferencias en las lecturas. Los densitómetros modernos tienen además electrónica integrada para mejorar las lecturas.



### 4. CONTENIDO DEL INSTRUCTIVO

#### 4.1 RECOMENDACIONES

Con el densitómetro en una tira de control se puede medir:

- **Afinamiento:** Efecto que suele tener lugar en el insolado de una plancha offset positiva y que tiene como consecuencia la disminución del tamaño de los puntos de la imagen que existe en la película.
- **Contraste:** Principio de diseño por el que se le da relieve o predominio a los elementos importantes en una página, por medio del tamaño, el color, la textura o la colocación, en comparación con los menos importantes.
- **Densidad:** Valor logarítmico que expresa el grado de ennegrecimiento de un fotolito. Se averigua al medirlo con un densitómetro de transparencias.
- **Desviación monocromática:** Es el contenido de un color ajeno que existe en su tinta.
- **Eficacia de una tinta:** Es el porcentaje de una tinta que actúa correctamente en cuanto a la absorción y reflexión por la parte del espectro lumínico que le corresponde.:

Empastamiento: Ganancia muy grande en zonas de tramado lo que lleva a que se tapen los huecos blancos en los altos porcentajes.

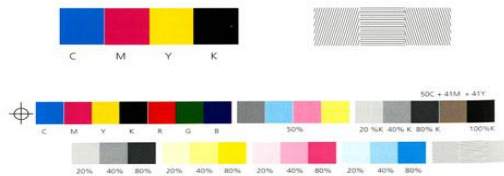
Equilibrio de grises: Es la relación de densidades cromáticas de las tres tintas

Error de tono: Es el desequilibrio entre los colores que debería reflejar y los que realmente refleja

Ganancia de punto Es el aumento físico del punto de trama al ser transferida de un soporte a otro.:

Grado de gris: Es el contenido de gris que lleva una tinta.

Trapping: También denominado cobertura o rendimiento en superposición, es una evaluación de lo bien que una tinta se adhiere a una impresa anteriormente, en comparación con lo que esa segunda tinta impresa se adhiere o extiende sobre el papel.



#### 4.2. DESCRIPCIÓN

No.	Actividad	Responsable	Documento/Registro Asociado
1	Calibrar el densitómetro con las tiras apropiadas para tal fin	Técnico en Rx	
2	Revise las condiciones en que se encuentra la óptica del aparato de forma que no existan suciedades que impidan el paso de la luz.	Técnico en Rx	
3	Revise los filtros que llevan incorporados	Técnico en Rx	
4	Ajuste a "cero" sobre el blanco del soporte, de esta forma siempre se resta la densidad del soporte.	Técnico en Rx	

## 5. BIBLIOGRAFÍA

Manual de Operación Densitómetro.

## 6. CONTROL DE CAMBIOS

<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA DE APROBACIÓN</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS</b>
01	Abril 4 de 2012	Creación del Documento

Fuente: Autores

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Se creó y se aplicó un instrumento que permitió obtener un diagnóstico de las áreas administrativa y asistencial de radiología y enfermería identificando debilidades que serán objeto de mejoras para brindar un servicio de mejor calidad.
- Se construyeron y aprobaron formatos de procedimientos, protocolos, guías e instructivos para ser retroalimentados con la información de los documentos existentes y revisiones bibliográficas.
- Se socializó con las directivas del Centro de Especialistas de Santander el resultado de este trabajo quedando comprometidos con la divulgación de esta información a los funcionarios que intervienen en los procedimientos de las áreas administrativa y asistencial de enfermería y radiología.
- Los procesos administrativos y asistenciales de Enfermería y Radiológica son servicios básicos y líderes dentro de la organización del Centro de Especialistas de Santander, por lo tanto es necesario implementar la estandarización de sus procedimientos con el fin de mejorar la imagen institucional y lograr un mayor impacto tanto con el cliente interno como externo.
- Es necesario que el Centro de Especialistas de Santander implemente en cada uno de sus procesos y procedimientos los instrumentos de estandarización construidos a través de este proyecto, donde se hizo evidente la falta de conocimiento de documentos que deben manejar los empleados al momento de prestar los servicios de salud.
- La falta de estandarización de procesos llama a las instituciones a gastar innecesariamente recursos humanos, tecnológicos y económicos, en ocasiones conduciendo a trámites innecesarios y generando insatisfacción en sus usuarios.
- Basados en este documento de diagnóstico y propuesta de estandarización, se recomienda aplicarlo a los otros servicios ofrecidos por el Centro de Especialistas de Santander con el fin al dar cumplimiento a los estándares de calidad vigente.
- En las entidades prestadoras de servicios de salud la calidad debe convertirse es un pilar que contribuya a la generación de ventajas competitivas, por lo tanto no solo es la construcción de los documentos estandarizados quien

garantiza la calidad, es importante generar una cultura de calidad en todas las acciones que se desarrollen en la empresa.

- La estandarización de los procesos de una institución de salud contribuye a mejorar la calidad de la atención que se brinda a quienes acuden a la IPS en búsqueda de asistencia para sus necesidades en salud a fin de que reciban los mayores beneficios con los menores riesgos.
- Este trabajo nos permitió como futuros Especialistas en Administración de Servicios de Salud identificar la importancia de ofrecer servicios con calidad desde el mismo momento de la creación de una empresa, siguiendo un plan estratégico que permita un mejoramiento continuo.
- Al Centro de Especialistas de Santander éste trabajo le sirvió como pauta para seguir en un proceso de identificación, análisis, estandarización y mejoras continuas para lograr implementar un sistema de gestión de la calidad y proyectar la institución a una acreditación

## BIBLIOGRAFÍA

- Acuerdo 282 de 2004
- ÁLVAREZ HEREDIA, F. Instrumentos de auditoría medica. Capitulo 2. p. 24-32. Ediciones ECOE, 2006
- CABAL V.; BELLO I.; VARGAS C. (1998). Guía No.10, Guía de Intervención de Enfermería basa en la Evidencia: Heridas Convenio Instituto Seguro Social. Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería ACOFAEN, Colombia
- Circular 021 de 2005, Colombia, Ministerio de la Protección Social.
- Colombia, Ministerio de la Protección Social. Resolución 5261 de 1994. Por el cual se define el Plan Obligatorio de Salud (POS). Bogotá: El Ministerio, 1994
- DAVIS M.; DUNKLEY P.; HARDEN R.M.; HARDING K; LAIDLAW J.M.; Morris A.M.; WOOD R.AEI Programa de las Heridas: Una Nueva era en la Curación de las Heridas. Centre for Medical Education, The University of Scotland, Londres, 1994.
- Decreto 1011 de 2.006 Ministerio de la Protección Social
- Manuales de Operación, Función de Equipos
- Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres; Ministerio de la protección Social. Colombia.
- Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de la protección Social. Colombia, 2003.
- Resolución 1043 de 2.006 Ministerio de la Protección Social
- Resolución N° 1446 de 2006
- Resolución N° 1995 de 1999
- Resolución N° 5261 de 1994
- Torregrosa, S. Rafael. Calidad, concepto y generalidades (Sitio en Internet) España.

- Varo Jaime. La calidad de la atención médica (sitio en Internet) España.  
Disponible en  
<http://www.sepeap.es/Hemeroteca/EDUKINA/Artikulu/VOL104/M1041405.pdf>.  
Consultado el 20 de junio de 2008

## ANEXOS

### ANEXO A. INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y ASISTENCIALES DE ENFERMERÍA Y RADIOLOGÍA DEL CENTRO DE ESPECIALISTAS DE SANTANDER, SAN GIL.

 CENTRO DE ESPECIALISTAS DE SANTANDER CONVENIO DE SERVICIOS FOSCAL / BUCARAMANGA	<b>DIAGNÓSTICO DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y ASISTENCIALES DE ENFERMERÍA Y RADIOLOGÍA EN EL CES</b>	<b>Código:</b> <b>DSCES.01</b>
		<b>Versión:</b> 01
		Página 1 de 6

#### INSTRUMENTO PARA REALIZAR DIAGNOSTICO DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS Y ASISTENCIALES DE ENFERMERÍA Y RADIOLOGÍA DEL CENTRO DE ESPECIALISTAS DE SANTANDER, SAN GIL

El presente es un instrumento para realizar un diagnóstico que ofrecerá información sobre los procesos administrativos y los servicios asistenciales de enfermería y radiología del CES, para conocer la situación actual de dichas unidades de atención, para identificar las mejoras, evaluar y definir unas directrices que permitan la estandarización de los procesos en mención.

1. Para el diligenciamiento de este formato tenga en cuenta las oportunidades de mejoramiento, relacione evidencias que soportan el cumplimiento, al avance y el desarrollo de los procesos. Relacione documentos, políticas institucionales, informes consolidados de procesos y resultados, informes de indicadores, gráficos de tendencias, informes de auditoría, actas de comités, modelos y programas, manuales, reglamentos, códigos, guías, aplicativos, formatos, instructivos entre otros.
2. El equipo que realiza el diagnostico podrá revisar, información adicional, documentos, aplicativos, realizar entrevistas con usuarios, familiares, trabajadores y proveedores, asociaciones de usuarios, Juntas Directivas y demás partes interesadas.

### 1. INFORMACIÓN GENERAL

Ciudad: \_\_\_\_\_

--	--	--

Fecha:

Diligenciado por: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_

Incluya la Estructura organizacional (organigrama), la plataforma estratégica (incluye la Misión, visión, principios y valores) y el portafolio de servicios.

**2. PROCESO ADMINISTRATIVO**

**2.1 PERFIL DEL PROCESO:** Describa el proceso, los equipos conformados, la formalidad de su procedimiento, los responsables, la metodología, los planes diseñados, la duración del proceso, los planes de mejoramiento desarrollados y el proceso de documentación de los procesos para el cumplimiento de estándares.

**2.2 CONFORMACIÓN Y PARTICIPANTES DEL PROCESO**

Por favor especifique los miembros del proceso administrativo

Nombres	Cargo

**2.3. COMUNIDAD A LA QUE SIRVE**

Describa la comunidad o población a la que sirve el proceso. Se debe incluir información sobre el área geográfica, las características demográficas, la población total del área de cobertura, su tasa de crecimiento, porcentaje de la población que recibe atención: asegurada según régimen, vinculada, particular, seguros y planes complementarios, otros.

**2.4 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA**

<b>AFILIACIÓN</b>	<b>PENÚLTIMO SEMESTRE</b>	<b>ÚLTIMO SEMESTRE</b>
Régimen Contributivo		
Régimen Subsidiado		
Riesgos Profesionales		
Vinculados		
Particulares		
<b>TOTALES</b>		

Describa las primeras causas de morbilidad, mortalidad y egresos en general, de los servicios de hospitalización de la institución, su evolución y comportamiento

**3. SERVICIOS AMBULATORIOS - IMAGENOLOGÍA**

**3.1 PERFIL DEL SERVICIO:** Describa el proceso, los equipos conformados, la formalidad de su procedimiento, los responsables, la metodología, los planes diseñados, la duración del proceso, los planes de mejoramiento desarrollados y el proceso de documentación de los procesos para el cumplimiento de estándares.

**3.2 PERSONAL QUE CONFORMA EL EQUIPO DE TRABAJO**

Nombre	Titulo/Cargo	Actividades que realiza

**3.3 PACIENTES ATENDIDOS**

Brevemente se describe tipo y número de pacientes atendidos. En caso necesario se incluyen datos, gráficas u otro material que ilustre su resumen.

### 3.4 Actividades de imagenología

	Penúltimo semestre	Último Semestre
Total de atenciones en el servicio de imagenología		
Total de estudios por tipo de examen en el servicio de imagenología		
Porcentaje de pacientes no atendidos		
Principales causas de no atención		

## 4. SERVICIOS AMBULATORIOS - PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA POR ENFERMERIA

**4.1 PERFIL DEL SERVICIO:** Describa el proceso, los equipos conformados, la formalidad de su procedimiento, los responsables, la metodología, los planes diseñados, la duración del proceso, los planes de mejoramiento desarrollados y el proceso de documentación de los procesos para el cumplimiento de estándares. Resumen de los programas de Promoción y Prevención, Salud Pública, coberturas y metas, en caso que aplique, Con base en la demanda inducida, protección específica, detección temprana y guías de atención de enfermedades de interés en salud pública, definidas en la Resolución 412 y el Decreto 3047 del 2007,

**4.2 PERSONAL QUE CONFORMA EL EQUIPOS DE TRABAJO**

Nombre	Título/Cargo	Actividades que realiza

**4.3 PACIENTES ATENDIDOS**


Brevemente se describe el perfil del servicio, actividades realizadas, tipo y número de pacientes atendidos. En caso necesario se incluyen datos, gráficas u otro material que ilustre su resumen.

--

**4.4 ACTIVIDADES REALIZADAS POR PROGRAMAS**


	Penúltimo Semestre	Último Semestre
Control de CyD		
Control Prenatal		
Control de Planificación Familiar		
Control de RCV		
Toma de CCU		
Vacunación		
Atención de Enfermedades de interés en Salud Publica		

## ANEXO B. FORMATO DE PROCEDIMIENTO

	<b>PROCESO XXX</b>	<b>Código: PCES.XX</b>
	<b>PROCEDIMIENTO DE ASIGNACIÓN DE CITAS</b>	<b>Versión: 01</b>
		<b>Página 1 de XX</b>
<b>Revisó Coordinador Administrativo</b>	<b>Aprobó Administrador</b>	<b>Fecha de aprobación</b>

OBJETIVO	ALCANCE	
<b>NORMATIVIDAD</b>		
<b>CONSIDERACIONES</b>		
<b>PROCEDIMIENTO</b>		
<b>CONTROL DE CAMBIOS</b>		
<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA DE APROBACIÓN</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS</b>

## ANEXO C. FORMATO DE GUÍA

	<b>PROCESO DE XXXXXXXX</b>		<b>Código: GCES.XX</b>
	<b>GUÍA PARA XXXXXXXXX</b>		<b>Versión: 01</b>
<b>Revisó Coordinador Administrativo</b>		<b>Aprobó Administrador</b>	
		<b>Fecha de aprobación</b>	
<b>No.</b>	<b>Actividad</b>	<b>Responsable</b>	<b>Documento/Registro Asociado</b>

**1. INSUMOS REQUERIDOS**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**2. FUNCIONES PARA EL PROCESO**

**2.3. Profesionales en salud**

---

**3. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

**4. COMPLICACIONES**

---


**5. BIBLIOGRAFÍA**

---

**6. CONTROL DE CAMBIOS**

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS

## ANEXO D. FORMATO DE PROTOCOLO

	<b>PROCESO DE XXXXXXX</b>	<b>Código: RCES.XX</b>
	<b>PROTOCOLO PARA LA TOMA DE RADIOLOGÍA DE TORAX PA Y LATERAL</b>	<b>Versión: 01</b>
		<b>Página 1 de X</b>
<b>Revisó Coordinador Administrativo</b>	<b>Aprobó Administrador</b>	<b>Fecha de aprobación</b>

### 1. OBJETIVO

---

---

### 2. ALCANCE

---

---

### 3. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS

---

---

### 4. CONTENIDO DEL PROTOCOLO

#### 4.1. INDICACIONES

---

---

#### 4.2. MATERIALES

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

#### 4.3. PREPARACIÓN DEL PACIENTE

---

---

#### 4.4. CONTRAINDICACIONES

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

#### 4.5. PROCEDIMIENTO

---

---

#### 4.6. COMPLICACIONES

---

---

#### 4.7. RECOMENDACIONES

---

---

#### 5. BIBLIOGRAFÍA


---

---

#### 6. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS

## ANEXO E. FORMATO DE INSTRUCTIVO

	<b>PROCESO DE XXXXXXXX</b>	<b>Código: ICES.XX</b>
	<b>INSTRUCTIVO PARA XXXXXXXXXX</b>	<b>Versión: 01</b>
		<b>Página 1 de X</b>
<b>Revisó Coordinador Administrativo</b>	<b>Aprobó Administrador</b>	<b>Fecha de aprobación</b>

### 1. OBJETIVO

---



---

### 2. ALCANCE

---



---

### 3. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS

---



---

### 4. CONTENIDO DEL INSTRUCTIVO

#### 4.1. RECOMENDACIONES

---



---

#### 4.2. DESCRIPCIÓN

No.	Actividad	Responsable	Documento/Registro Asociado

### 5. BIBLIOGRAFÍA

### 6. CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS REALIZADOS

## ANEXO F. ALCANCE DE AREAS DEL CES

Como uno de los puntos de partida se determinaron los alcances de las áreas del Centro de Especialistas de Santander CES, del municipio de San Gil, con el fin de definir cuáles sería nuestras áreas de trabajo, o nuestra muestra poblacional. a continuación anexamos resultados:

### ALCANCE DE LAS AREAS DEL CES SAN GIL

TEMA: Conocer el alcance de los procesos en las áreas administrativas y asistenciales de Medicina general, Laboratorio clínico, Cirugía, Radiología, Enfermería y Medicina Especializada, en el Centro de Especialistas de Santander en el municipio de San Gil.

AREA	ALCANCE
Administración	Asignación de citas de medicina general y especializada Archivo de historias clínicas Facturación Referencia y contrarreferencia
Medicina General	Consulta general programada de 1º Nivel Consulta prioritaria de 1º Nivel Consulta de atención de Programas de Promoción y prevención
Laboratorio Clínico	Toma de muestras de laboratorio clínico de 1º, 2º y 3º Nivel Proceso pre analítico Proceso analítico Proceso post analítico
Cirugía	Procedimientos quirúrgicos de Dermatología, Cirugía general, Cirugía plástica, Urología y Otorrinolaringología de los grupos quirúrgicos del N° 1 al 12, pero estrictamente ambulatorias que no requieran hospitalización
Radiología	Toma de imágenes y ayudas diagnósticas de 1º, 2º y 3º Nivel Revelado de películas radiográficas Lecturas de imágenes diagnósticas

<p style="text-align: center;">Enfermería</p>	<p>Atención de Programas de Promoción y prevención  Toma de electrocardiogramas  Procedimientos menores (microbenulizaciones, curaciones, inyectología, retiro de puntos, paso de enema travad, cateterismo vesical, administración de medicamentos)  Vigilancia en Salud pública</p>
<p style="text-align: center;">Medicina Especializada</p>	<p>Consulta programada de las especialidades de: Ortopedia, Urología, Medicina interna, Cirugía plástica  Procedimiento por Medicina especializada: Uretrocitoscopia</p>

## **ANEXO G. INFORMACIÓN DEL CES**



### **MANEJO DE ENFERMERIA**

#### **QUE ES PROMOCION Y PREVENCIÓN**

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son todas aquellas acciones, procedimientos e intervenciones integrales, orientadas a que la población, como individuos y como familias, mejoren sus condiciones para vivir y disfrutar de una vida saludable y para mantenerse sanos.

El propósito de los programas de promoción y prevención es ofrecer servicios integrales que potencialicen la salud de los afiliados y sus familias, y promuevan en ellos una vida más digna, feliz, placentera y productiva.

Por su naturaleza, estos programas son una responsabilidad compartida entre las personas, las familias, las organizaciones, las IPS y la EPS.

#### **NUESTROS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN:**

Promoción de estilos y hábitos saludables.

Prevención, detección y tratamiento de enfermedades crónicas.

Detección temprana de cáncer de cuello uterino.

Prevención de enfermedades cardiovasculares, como son la hipertensión arterial y la diabetes.

A continuación se presenta el manejo de cada uno de los programas y actividades realizadas en esta institución por las auxiliares de enfermería

#### **CITOLOGÍA CÉRVICO VAGINA:**

La citología cérvico vaginal es un examen que estudia o busca la presencia de células malignas (cancerosas) en el cuello del útero o matriz y del fondo de la vagina, en etapas tempranas o curables. También permite diagnosticar infecciones

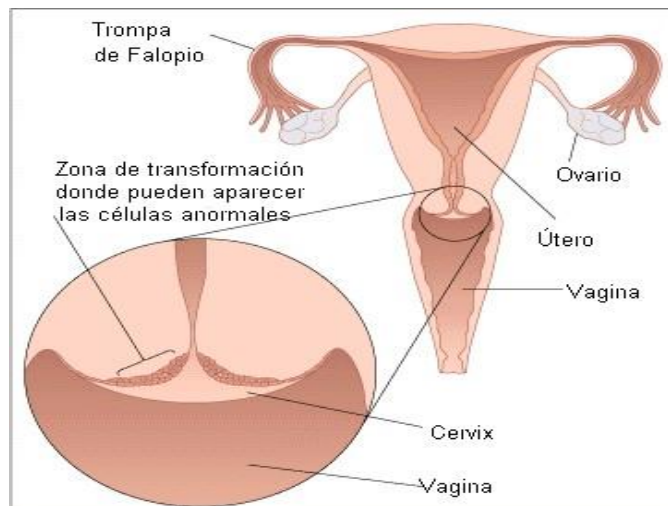
vaginales y la fase hormonal del ciclo menstrual en que se encuentra la mujer. Es una prueba sencilla, indolora, rápida y de gran utilidad.

Toda mujer en edad reproductiva y/o con antecedente de actividad sexual debería practicarse la citología vaginal **al menos una vez al año**. En caso de presentar síntomas requiere practicarlo con más frecuencia.

El cáncer uterino ocupa el segundo lugar en incidencia de cáncer en la mujer (20%) y sólo se logra disminuir este porcentaje con la toma regular de citologías anualmente.

### **IMPORTANCIA DE LA CITOLOGÍA VAGINAL:**

El cuello uterino, también denominado cérvix, se halla situado en la porción inferior del útero o matriz. El tejido que forma el cérvix está sometido, en cuanto a su fisiología, a una serie de modificaciones según se desarrolla la mujer, que culminan con el inicio de las relaciones sexuales. En la enorme mayoría de las mujeres estos cambios se producen dentro de la normalidad, pero en ocasiones, bajo la influencia de factores de riesgo, pueden desembocar en lesiones malignas. El camino que lleva a esta situación es progresivo, formándose en un primer momento células anormales sin carácter maligno, pero sí premonitorio de un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino en un futuro. Además, estas alteraciones no muestran síntomas en la mayoría de los casos, haciendo aún más difícil su diagnóstico.



Así pues, el motivo del empleo de la citología es detectar esas lesiones premalignas, para iniciar el tratamiento y la solución lo antes posible.

Los síntomas ginecológicos más importantes para sospechar enfermedades a nivel del cuello uterino y vagina son:

1. Flujo vaginal
2. Hemorragias genitales anormales
3. Menstruación olorosa

Siempre que existe al menos alguno de esos síntomas hay patología cervical o vaginal. Como la sangre actúa como medio de cultivo se facilita la aparición de infecciones cuando hay hemorragia vaginal, incluso menstrual. Sin embargo, la ausencia de síntomas no garantiza el que no exista enfermedad en el cuello uterino o en la vagina. De ahí la necesidad de practicar la citología vaginal.

#### **QUE SE DEBE HACER:**

- La mujer debe asistir al Centro de Especialistas de Santander (CES), que es el puesto de salud encargado de realizar la citología.
- Se verifica que la paciente este base de datos si es paciente de la nueva EPS. Si es particular debe hacer la respectiva cancelación del servicio.
- Se hace seguir a la paciente al consultorio de enfermería se dan recomendaciones para el examen: no tener la menstruación, no haber tenido relaciones sexuales la noche anterior, no realizarse duchas vaginales ni aplicarse óvulos o cremas vaginales tres días antes del examen y se le explica el procedimiento.
- Hay una planilla en la que se deben anotar los datos completos de la paciente y la firma.
- Se llena la tarjeta de control y seguimiento de citologías de cada paciente.
- El carnet de citologías de la paciente se llena con el nombre, documento, fecha de la toma y se le entrega.
- Se llena el formato respectivo para citología con datos completos.
- Se sugiere a la paciente si desea pasar al baño.
- Luego se hace pasar a la sala de citologías y se prepara para la toma.
- Se marca la caja protectora de la lamina, con nombre, apellidos y documento completos del paciente, además la fecha de toma.
- La laminilla de vidrio también se marca con las iniciales del nombre y el numero de la cedula, legibles.
- Luego se procede a tomar la citología.
- Se le pide a la paciente que esté muy tranquila, que respire profundo y que no puje.
- Se introduce el especulo en la vagina y se busca el cuello del útero.

- Cuando ya se puede observar bien el cuello del útero con una pequeña espátula plana de plástico

- 

Se toma una muestra de las células superficiales (exocérvix) del cuello y con un pequeño cepillo que se introduce en el cuello del útero se toma una muestra de las células que hay dentro de este (endocérvix).

- Las muestras se colocan en una pequeña lámina delgada de vidrio (denominada portaobjetos), de la siguiente manera: la primera muestra se expande hacia abajo y la segunda en forma circular sin que vayan a quedar grumos.
- Después se le aplica el citofijador.
- Se deja secar y se guarda en la caja protectora.
- Terminado el procedimiento se le dice a la paciente que debe venir por el resultado en 15 días. También se le advierte que si la muestra llega a salir con alguna anomalía, se le llamara para que venga pronto y así poder hacerle el respectivo seguimiento.

### **ENVIO DE CITOLOGIAS:**

Se hace la relación en la planilla; de las láminas con su respectivo formato.

- Después se envuelve el formato a la lámina correspondiente y se sella individualmente.

- Se registra en la planilla el número de citologías y la fecha de envío.

- Se empaca el paquete y dentro se coloca una copia de la relación.

- Una vez hecho, el paquete se marca con esta dirección: Kleber Zamora Patología-Citología Calle 48 N° 32-17 Consultorio 212 Teléfono 6430244

Y así se envía al laboratorio para el examen microscópico.

- Este envío se hace semanalmente o dependiendo del número de citologías tomadas; en la misma nevera que manda el laboratorio con las muestras.

- Se debe estar muy pendiente de recibir el paquete de lectura de citologías y revisar si llegan completas, teniendo en cuenta la planilla de envío.

- Luego se dejan a disposición de la jefe, para que ella las revise y las clasifique.

- Cuando la paciente llega por el resultado se debe mirar si la jefe considera que debe sacar cita médica para que la valoren.

- Se debe dar la próxima cita.

### **CONTROL DE RIESGO CARDIOVASCULAR**

Enfermería se encarga del control mensual de los pacientes pertenecientes a este programa, cuyo objetivo es detectar tempranamente la hipertensión arterial, diabetes y dislipidemias; poder brindar el tratamiento adecuado y disminuir las complicaciones y secuelas.

## **HIPERTENSIÓN:**

La hipertensión arterial se define como el nivel de presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmhg

O como el nivel de presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmhg.

Es una enfermedad frecuente en nuestra población. Hace referencia a la alteración de la presión arterial, entendiéndose por presión arterial la fuerza que ejerce la sangre sobre las arterias, venas y capilares sanguíneos.

Cuando hay hipertensión el corazón hace un esfuerzo exagerado para bombear la sangre que llega a todas las células del cuerpo, debido a la resistencia que hacen las paredes de las arterias.

Son causales de la hipertensión: la alta ingestión de sal que provoca retención excesiva de líquidos con lo que el corazón recibe demasiada sangre para bombear, sobrecarga que conlleva a la afección cardíaca. El bloqueo de las arterias por residuos grasos que se adhieren a las paredes arteriales, estrechan la luz por la que debe pasar la sangre y constriñen los vasos arteriales provocando el aumento de la presión arterial.

## **FISIOPATOLOGIAS**

Herencia

Obesidad

Consumo de alcohol y cigarrillo

Sedentarismo

Consumo exagerado de sal

Consumo excesivo de grasas

Manejo emocional inadecuado: estrés y tensiones de la vida diaria.

## **DIETA**

### **ALIMENTOS CON ALTO CONTENIDO DE SAL**

Carnes:

Salchichas, jamón, embutidos, sardinas, carnes frías.

Lácteos

Queso doble crema, mantequilla, helados.

Vegetales:

Aceitunas, col, espinacas, acelgas, apio, aguacate.

Otros:

Galletas saladas, papas fritas, chocolate, sopas de paquete.

### ALIMENTOS CON BAJO CONTENIDO DE SAL

Carnes:

Pollo, pescado fresco o congelado, ternera, res, cordero.

Lácteos:

Leche, queso descremado.

Frutas y verduras:

Todas siempre que sean frescas y congeladas.

Otros:

Gelatina, zumos, helados de fruta, cereales, hojas de laurel, ajo, cebolla.

### RECOMENDACIONES

En la mayoría de los casos la hipertensión no es curable, pero se puede mantener controlada así:

- Tomar la presión arterial periódicamente 1 vez al mes
- Reducir peso, si es necesario
- Practicar regularmente algún tipo de ejercicio
- Controlar el estrés
- Dejar de tomar y beber
- Llevar una dieta adecuada
- Tomar los medicamentos recomendados por el médico y en la cantidad indicada
- Procurar manejar las dificultades familiares, laborales y del tráfico con calma
- Evitemos tomar té, café, bebidas estimulantes, al igual que enlatados.

### DIABETES:

Es una enfermedad crónica, que requiere atención durante toda la vida, caracterizada por el aumento de glucosa (azúcar) en la sangre por encima de los niveles normales.

Los azúcares conjuntamente con las grasas se utilizan como fuente de energía, para utilizarla, el organismo necesita insulina, es una hormona segregada por el páncreas.

Cuando se produce un déficit de insulina, es decir cuando falta o no segrega la cantidad necesaria, aparece la diabetes, elevándose los niveles de azúcar en la sangre.

## **TIPOS DE DIABETES**

### **DIABETES TIPO I:**

Generalmente se diagnostica en la infancia, el cuerpo no produce o produce poca insulina y se necesitan inyecciones diarias de estas para sobrevivir y de no hacerse apropiadamente se pueden presentar emergencias medicas.

### **DIABETES TIPO II:**

Es mucho más común que la tipo i y corresponde al 90% de todos los casos de diabetes y generalmente se presenta en la edad adulta. El páncreas no produce suficiente insulina para mantener los niveles normales de glucosa en la sangre, debido a que el cuerpo no responde bien a la insulina. Este tipo de diabetes se está volviendo muy común debido al aumento de la obesidad y falta de ejercicio en las personas adultas.

## **FISIOPATOLOGIAS O CAUSAS**

Antecedentes familiares de diabetes.  
Obesidad.  
Edad superior a 45 años.  
Presión sanguínea alta.  
Nivel alto de colesterol.

## **SINTOMAS**

### **DIABETES TIPO I:**

Aumento de la sed  
Aumento de la micción  
Pérdida de peso  
Aumento del apetito  
Fatiga  
Nauseas  
Vómitos

## **DIABETES TIPO II:**

Aumento de la sed  
Aumento de la micción  
Aumento de apetito  
Fatiga  
Visión borrosa  
Infecciones que sanan lentamente  
Impotencia en los hombres  
Infecciones.

## **TRATAMIENTO**

La diabetes no es curable. El objetivo a largo plazo es estabilizar el azúcar en la sangre, prolongar la vida, mejorar la calidad de vida, aliviar los síntomas y prevenir complicaciones como las enfermedades cardíacas y la insuficiencia renal.

## **RECOMENDACIONES**

Las habilidades básicas para el manejo de la diabetes le permiten llevar al paciente una vida normal tanto a nivel individual como social, esto depende de 5 aspectos fundamentales que son:

### **◆ DIETA:**

#### **ALIMENTOS QUE NO DEBE CONSUMIR:**

Azúcar común, miel, mermeladas, panela, pasteles, gaseosas, tortas  
Productos de paquetes o procesados  
Alimentos con alto contenido de grasa, cerdo, fritos  
Vegetales: remolacha  
Frutas: piña, mango, banano, uvas, ciruelas pasas, manzanas

#### **ALIMENTOS POR CONSUMIR:**

Carnes blancas o rojas sin grasa  
Productos descremados: queso, leche  
Integrales  
Incremento de frutas y verduras preferiblemente enteras y rudas a excepción de las anteriormente mencionadas  
Aceites de tipo vegetal: oliva o girasol  
Azúcares comerciales especiales para diabéticos.

### **◆ EJERCICIO FÍSICO:**

Es importante para las personas diabéticas porque ayuda a controlar la cantidad de azúcar en la sangre, a perder peso y controlar presión sanguínea alta. Al hacer

ejercicio tienen menos probabilidades de un ataque cardíaco o un accidente cerebro vascular.

Antes de iniciar un programa de ejercicios debe ser evaluado por un médico.

#### ALGUNAS CONSIDERACIONES:

Escoger una actividad física que el paciente pueda disfrutar y sea apropiada para su nivel de salud actual

Ejercitarse todos los días y a la misma hora

Verificar los niveles de glucosa antes, durante y después del ejercicio

Beber líquidos que no contengan azúcar antes, durante y después del ejercicio

#### ◆ **CONTROL PERIÓDICO DE GLICEMIA:**

Exámenes de laboratorio de sangre y de orina  
Tratamiento farmacológico según prescripción médica

#### ◆ **EDUCACIÓN EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD:**

Técnicas para la administración del medicamento  
Técnicas de autocontrol  
Complicaciones de la patología  
Evitar herirse.

#### ◆ **RECOMENDACIONES**

Portar un carnet o plaqueta donde identifique:  
Tipo de la diabetes  
Número telefónico  
Procedimiento que ha de seguir quien le preste los primeros auxilios en caso de sufrir inconsciencia.

## **MEDIOS DIAGNOSTICOS:**

Uroanálisis

Prueba de sangre en ayunas y de forma aleatoria.

Manejo de pacientes:

Ingreso del paciente a programas especiales

## **RCV:**

- Empieza con el ingreso del paciente al programa. El paciente es dirigido por el medico al consultorio de enfermería después de la consulta.
- El paciente llega con formula de tratamiento; se revisa que medicamentos fueron formulados, para así poder definir la conducta a seguir.
- El paciente se pone cómodo y se le explica que el programa se trata de: llevar mensualmente un control a cada uno de los pacientes, para así poder disminuir o detectar posibles complicaciones. Para hacer posible este control el paciente debe acudir al Centro de Especialistas de Santander (CES), el día de la cita debe pasar primero por caja a registrarse y a pedir el bono; ese bono no se lo cobran porque el paciente inscrito en programas de promoción y prevención se exonera de pagarlo, pero se debe dejar claro que si en dado caso el paciente necesita ser visto por el médico para una consulta diferente a la del control, si deberá pagar ese bono. Estos controles se hacen dos veces seguidas con enfermería y una con el médico. En dado caso que el paciente no pueda asistir debe llamar o venir días antes a cancelar la cita.
- Después de estar incluido en el programa, enfermería se encarga de asignarle las citas para el mes siguiente, ya sea medica o por enfermería.
- Luego de explicarle en que consiste el programa se anota en el cuaderno de ingresos el nombre, apellidos, documento de identificación, edad, diagnostico, dirección, teléfono y medicamentos de control del paciente.
- Se llenan dos tarjetas de riesgo cardiovascular, una para dejar archivada y a la otra para el paciente. Se llena con todos los datos y se le asigna la próxima cita.
- En esta tarjeta debe ir pegada la ultima formula del médico.

Pasos a seguir para el control de RCV:

- El paciente ingresa por caja para reclamar el bono, es decir verifica si esta en base de datos.
- Se dirige al consultorio de enfermería, se recibe, se acomoda y le pedimos el bono (sin bono no se atiende).
- En la planilla diaria se hace firmar al paciente.
- Se debe hacer una actualización completa de datos de cada paciente, en la respectiva planilla.
- Como el día anterior ya se han sacado las historias, entonces se busca la del paciente.
- Confrontamos la ultima formula que el paciente trae con las ordenes medicas.
- Si no encontramos ninguna irregularidad, pasamos a la toma de signos vitales del paciente como son: frecuencia cardiaca y tensión arterial. Por otra parte los

pesamos, medimos, les damos educación respecto a la dieta y el ejercicio que deben seguir según su patología.

- Se le asigna la próxima cita de control.
- Todo esto debe quedar registrado en las notas de enfermería.
- Se transcribe la fórmula de tratamiento y se dirige al paciente hacia la farmacia.

## **CURACIONES**

Es el procedimiento por el cual se hace limpieza y desinfección de las heridas.

Objetivos de la curación:

- Promover la cicatrización.
- Prevenir o disminuir la infección.
- Proporcionar comodidad al paciente.

Precauciones:

- Usar técnica aséptica.
- Utilizar paquetes individuales de material o instrumental de curación.
- Mantener el equipo separado para heridas infectadas.
- Dejar las heridas descubiertas que son limpias o que tengan suturas.
- Rasurar las zonas aéreas si es necesario.
- Dejar tapadas las heridas que estén abiertas o infectadas.

Equipo:

- Una bandeja donde se lleva todo el material.
- Recipientes con tapa que contengan: gasas, apósitos, baja lenguas.
- Guantes limpios.
- Guantes estériles.
- Bisturí.
- Solución salina normal.
- Isodine espuma.
- Isodine solución.
- Esparadrapo.
- Micropore.

## **MICRONEBULIZACIONES:**

- Llega el paciente al consultorio de enfermería.
- Se recibe orden, se le indica al paciente o al familiar si es el caso; que debe acercarse a diligenciar el respectivo copago o bono a caja.

- Teniendo este requisito se procede a sentar al paciente para su comodidad.
- Se prepara la máscara y el nebulizador con la solución salina normal y el medicamento según orden medica.
- Terminadas las nebulizaciones se hace la anotación en la planilla con los datos completos y la firma del paciente o familiar que lo acompaña.
- si es orden para varios días se le programa cita para el día siguiente.
- Cuando el paciente sale del consultorio se procede a hacer lavado y desinfección del kit completo de nebulizar.

**Nota:** terminado el mes se entrega la planilla con la correspondiente relación, adjuntando las órdenes y los bonos.

### **RETIRO DE PUNTOS:**

- Llega el paciente al consultorio de enfermería.
- Se revisa la orden medica, si fue paciente de cirugía del Centro de Especialistas de Santander (CES), no hace copago.
- Si el paciente viene como particular, se debe mandar a caja para que haga la respectiva cancelación del servicio.
- Teniendo listos estos documentos y ya haber registrado al paciente en la planilla, realizamos el procedimiento.
- Nos colocamos guantes limpios y revisamos la herida quirúrgica.
- Con una hoja de bisturí y una pinza mosquito, cortamos cada punto.
- Luego se hace curación.
- Si tiene buena cicatrización se deja descubierta.
- Si está infectada se deja cubierta la herida con apósito y esparadrapo o micropore

### **PASO DE ENEMA TRAVAT:**

Este procedimiento se realiza por orden personal de radiología, para ejecutar exámenes especializados; o en caso que el medico lo ordene.

- El paciente debe cancelar el servicio en caja.
- Se dirige a enfermería, debe traer el recibo cancelado o bono según el caso y al orden del médico para realizar el procedimiento.
- El paciente debe traer el enema.
- Se le explica el procedimiento al paciente.

- Se coloca al paciente en la camilla, en posición lateral izquierda, con la pierna doblada y a la pierna derecha estirada.
- Nos colocamos guantes limpios, se retira el protector del enema, se separan los glúteos y se introduce la cánula lubricada, se levanta la bolsa y se deja pasar a gravedad.
- Una vez terminada de pasar la solución, se le advierte al paciente que lo retenga hasta sentir la necesidad de evacuarlo y así dirigirse al baño.
- Terminado el procedimiento se le informa al personal de radiología que ya se le aplico el enema al paciente.

## **CATETERISMO VESICAL**

### **DEFINICION**

Es la introducción de una sonda vesical o catéter a la vejiga a través del canal uretral, utilizando una técnica aséptica, con el fin de evacuación o recolección de muestra de orina para exámenes de laboratorios.

### **ALCANCE**

Desde la orden de practicar al paciente un cateterismo vesical, hasta el retiro del cateterismo vesical.

### **OBJETIVO GENERAL**

Atención y manejo integral del paciente con el fin de mejorar molestias y prevenir una lesión que altere su estado de salud.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Desocupar la vejiga en caso de retención urinaria y aliviar molestias producidas por la distensión.
- Valorar la cantidad de orina residual.
- Comprobar si existe anuria o retención urinaria, cuando hay ausencia de la micción.
- Obtener muestras de orina en algunos pacientes para exámenes de laboratorios.

### **INDICACIONES**

- Recolección de una muestra de orina estéril.
- Irrigación vesical en caso de hematuria.
- Mantener seca la zona genital en pacientes incontinentes.

- Control estricto de líquidos en pacientes graves o hemodinámicamente comprometidos.
- Alteración del estado de conciencia.
- Politraumatismo.
- Trauma raquimedular.

### **CONTRAINDICACIONES**

- Incontinencia urinaria. (utilizar primero colectores o pañales).
- Prostatitis aguda.
- Lesiones uretrales (estenosis, fístulas).
- Traumatismos uretrales.

### **PREPARACION DEL EQUIPO**

Guantes limpios y estériles.	Lubricante y anestésico local (xilocaína jalea)
Xilocaína jalea.	Sonda según indicación del procedimiento. Nelaton si es cateterismo y foley si es permanente.
Solución salina normal	Jeringa de 10cc.
Gasas estériles	Sistema para drenaje urinario (cistofló)
Isodine espuma y solución	Esparadrapo
Riñonera.	Frasco estéril para recolección de muestra.

### **PROCEDIMIENTO**

- Revisión de la historia clínica.
- Explicación del procedimiento al pacientes.
- Preparación de los materiales requeridos.
- Realice el lavado de manos y colocación de guantes limpios.
- Coloque al paciente en posición supina en hombres, si es mujer en posición ginecológica.
- Lavado de los genitales externos; en los hombres retraer el prepucio y limpiar el surco bálano prepucial con isodine espuma y solución; en la mujer entre abra la vulva con los dedos pulgar y medio para visualizar el meato uretral, luego limpie el área del meato de arriba hacia abajo con isodine espuma, luego lavar con solución salina y posteriormente aplicar isodine solución.
- Cambios de guantes y colocación de guantes estéril.
- Compruebe el funcionamiento del balón de la sonda, inyectando 10 ml de aire, esperar unos segundos y retirar el aire.

- Lubricar la uretra con xilocaína jalea y esperar unos minutos para que el anestésico haga efecto.
- Inserción de la sonda hasta que obtenga salida de orina:
- En la mujer, limpiar el meato e introducir la sonda bien lubricada con suavidad, pidiéndole a la paciente que realice una inspiración profunda.
- En el hombre, sostenga el pene en un ángulos de 90° y retraer completamente el prepucio. Introducir aprox. 20cm de longitud de la sonda, hasta alcanzar la vejiga y comprobar que sale orina.
- Si es cateterismo, recolecte la muestra en un recipiente estéril y retire la sonda.
- Si es permanente, llene el balón con ssn (8-10cc), extraiga ligeramente la sonda y conéctela a un sistema de drenaje cerrado (cistofló).
- Fije la sonda, en el hombre entre el pene y la cresta iliaca, en la mujer en la cara interna del muslo.
- Registre en las notas de enfermería el procedimiento.

### **SEGUIMIENTO Y CUIDADOS POSTCATETERISMOS**

- Riguroso lavado de manos antes y después y utilización de guantes para todo tipo de manipulación del sitio de la sonda o sitio de drenaje.
- Mantener la sonda de drenaje (cistofló) por debajo del nivel de la vejiga del paciente o pinzar la manquera de la bolsa de drenaje si se requiere subir.
- Cambiar la sonda vesical y bolsa de drenaje cada 48 horas.
- Vigilar la torsión o enrollamiento de la sonda. Valorar los indicadores de infección urinaria (aumento de la temperatura, escalofríos, dolor subpúbico, hematuria).
- Valorar la aparición de infección uretral (secreción alrededor de la sonda).

## **ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS**

### **DEFINICION**

Es la administración de determinado agente farmacológico al cuerpo según la vía o forma de administración.

### **OBJETIVO**

Introducir un agente farmacológico al cuerpo, con el fin de mantener, mejorar o restablecer su estado de salud.

## **VIAS DE ADMINISTRACION**

### **1. VIA ENDOVENOSA**

El medicamento se inyecta directamente en el torrente sanguíneo, a través de la punción venosa. Por medio de esta vía los efectos del medicamento se originan más rápido, pero también puede acarrear mayores dificultades. El tipo, cantidad y velocidad de la perfusión están determinados por los requerimientos fisiológicos del paciente.

### **RECOMENDACIONES**

- Verificar la fecha de vencimiento y soluciones a emplear.
- Rotular la bolsa de solución intravenosa con el nombre correcto del paciente, medicamento, dosis, fecha, hora de inicio, peso del paciente.
- Administrar los medicamentos con un tiempo de 30 minutos, excepto los antibióticos que deben ser administrados en 45 minutos.
- Limpiar la superficie del tapón o del buretrol en el sitio de inyección del medicamento.
- No realizar mezclas de los siguientes antibióticos: aminoglicósidos con penicilinas; cefalotina con gentamicina; cefalotina con solumedrol y clindamicina con ciprofloxacina.
- Revisar la venopunción antes de administrar el medicamento.
- Una vez terminada la infusión, lavar la vena con 10 ml del líquido endovenoso de base.

### **2. VIA INTRAMUSCULAR (IM)**

El medicamento se inyecta en el tejido muscular. Los puntos de inyección varían de acuerdo con la cantidad máxima de administración; una inyección de 3 ml se considera segura en la mayoría de los casos.

#### **1. VIA SUBCUTANEA (SC)**

El medicamento se inyecta en el tejido conectivo laxo situado debajo de la piel con la aguja en un ángulo de 45°.

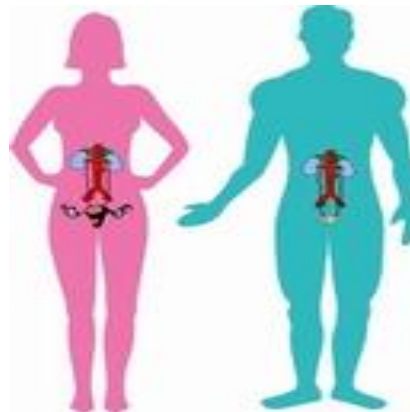
#### **2. VIA INTREDERMICA**

El medicamento se inyecta en la dermis, inmediatamente debajo de la epidermis. La cantidad a administrar suele ser muy pequeña (no más de 0,1 ml) y la absorción es lenta. Tras la inyección debe aparecer una pequeña ampolla o roncha en el sitio de aplicación.

## **NORMAS GENERALES PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS**

- Todo medicamento que se administra a un paciente debe ser ordenado por un médico.
- La enfermera es la responsable del registro de los medicamentos administrados.
- Nunca debe anotar la medicación como administrada, antes de suministrarla y nunca debe anotar una medicación como administrada cuando lo haya hecho otra persona.
- Registrar el medicamento inmediatamente después de su administración con el propósito de evitar que el paciente reciba una sobredosis.
- Registrar en las notas de enfermería sólo lo que se observa de los efectos secundarios de un medicamento, no las opiniones de los mismos. Explicar los detalles relacionados con las complicaciones que se presenten, los comentarios del paciente y la respuesta del paciente al tratamiento.
- Las órdenes médicas verbales se ejecutan inmediatamente y no se repiten mientras no se genere una observación por escrito.
- Tener en cuenta la regla de oro para la administración de medicamentos: medicamento correcto, paciente correcto, usuario correcto, dosis correcta, vía correcta, hora correcta.
- Comunicar oportunamente los errores de omisión o administración inmediatamente.
- No introducir la aguja en el capuchón después de su utilización.
- Desechar las agujas en los recipientes de desechos corto-punzantes.
- Antes de proceder a administrar el medicamento, informar al paciente sobre las posibles reacciones o molestias que puede presentar y solicitarle su colaboración.
- Desechar el medicamento sobrante en la ampolla cuando la dosis administrada es menor a la que viene en el frasco.

## **UROLOGIA**



La urología es el área de la medicina que estudia, diagnóstica y maneja las enfermedades del tracto urinario en todas las personas y las enfermedades del

aparato genital del hombre. El tracto urinario incluye los riñones y sus estructuras adyacentes, los uréteres, la vejiga y la uretra. Los genitales masculinos incluyen el pene, los testículos, la próstata y las vesículas seminales con sus respectivos conductos.

La uretrocistoscopia:

Consiste en introducir el endoscopio (instrumento del grueso de 5, 7 o 9 milímetros de diámetro y 40 cms de largo) por el meato urinario y visualizar la forma y consistencia de las paredes de la uretra y vejiga, así como la implantación de los uréteres en la vejiga (en hombres, también la próstata)

por medio de este instrumento el medico puede diagnosticar y tomar biopsias de tejidos internos, así como retirar piedras de estas cavidades.

## **EN EL HOMBRE:**

**El pene** es un órgano con muchas arterias y venas que se llena de sangre a presión en el estado de excitación ocasionando a la erección. Se compone de 3 cámaras o cilindros, 2 cuerpos cavernosos y 1 cuerpo esponjoso. El cuerpo esponjoso envuelve y contiene a la uretra que permite el paso a la orina y al semen en el varón.

Se localiza en la parte inferior del pene. Los cuerpos cavernosos son la parte eréctil, están formados por tejido muscular liso a modo de una esponja y rodeados por una túnica rígida y elástica, la albugínea, que los protege.

Cuando un estímulo sexual excita a un hombre se produce una señal en el cerebro que viaja a través de la médula espinal llegando a los nervios de la pelvis y al pene. Estos nervios viajan al lado del recto y de la próstata finalizando su camino con la arteria peneana y el tejido esponjoso eréctil. Se producen señales químicas desde los nervios que dilatan las arterias y permiten la entrada de un flujo grande de sangre al pene. Los espacios esponjosos se llenan de sangre y el pene empieza a alongarse y crecer. Este proceso se puede ver afectado ocasionando graves problemas como impotencia sexual,

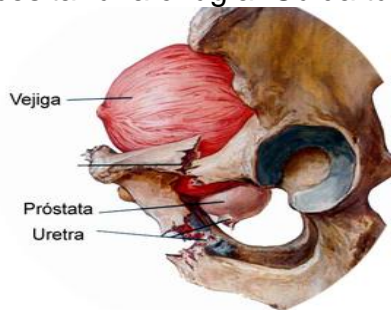
## LA PRÓSTATA

Es una glándula situada debajo de la vejiga que sirve para la reproducción humana, puede enfermarse por infecciones, tumores, por envejecimiento ocasionando problemas al orinar.

### Síntomas

- Chorro débil
- Pujar para orinar
- Ardor
- Orinar más de 3 veces en la noche
- Sangrado en la orina

Si presentas estos síntomas puedes tener problemas con tu próstata y si tienes más de 60 años puedes necesitar una cirugía. Cuida tu salud,



## ASISTENCIA DE ENFERMERIA EN LA URETROCISTOSCOPIA

- El paciente ingresa a recepción, para consulta con el urólogo.
- Una vez registrado, el paciente trae el recibo o copago según el caso.
- Paciente pasa a la consulta con el urólogo, quien da la orden para el procedimiento.
- El doctor informa a la auxiliar de enfermería encargada, para que prepare al paciente en sala de urología.
- Se verifica si la historia clínica y el recibo de cancelación de servicio están completos.
- Dirigimos al paciente por la entrada lateral del Centro de Especialistas de Santander (CES).
- Se pasa a sala de espera.
- Se explica al paciente el procedimiento que se le practicará.
- Se entrega la bata, para que se retire la ropa interior y los zapatos.
- Se pasa a sala de urología.
- Se acuesta en la camilla en posición ginecológica.
- Se realiza lavado genital riguroso con isodine espuma y solución salina normal.

- Se aplica isodine solución.
- Se coloca campo fenestrado.
- Se informa al doctor para que baje al procedimiento.
- Una vez terminado el procedimiento se retira campo y se limpia el isodine que se le aplico al paciente.
- Se colabora al paciente, para que se levante y se dirija al vestíér.
- Cuando ya esté vestido y arreglado, debe subir nuevamente al consultorio para seguir indicaciones médicas y recibir la formula.

### **PREPARACION SALA DE UROLOGIA**

- Se revisa que la mesa este funcional.
- Que el equipo de video, televisor, fuente de luz estén en buen estado, para así prenderlos.
- Teniendo en cuenta el número de pacientes que estén programados para procedimientos, se debe tener listo: ssnx500cc, xilocaína jalea, equipo macrogoteo, batas, sabanas, cauchos para cubrir la camilla y campos fenestrados, para cada uno de los pacientes.
- También se deben dejar listos guantes limpios y estériles.
- Hay un balde que se debe dejar en el piso al lado de la camilla para que todo el liquido que se utilice y la orina del paciente se depositen allí.
- Calculando 20 minutos antes de empezar el primer procedimiento, se coloca el cistoscopio en cidezaim, se juega con abundante agua, se seca y se deja nuevamente sumergido en glutarex para que al momento del procedimiento el doctor lo encuentre esterilizado.
- Cuando el doctor ya esta enguantado saca el cistoscopio del glutarex. Este debe lavarse con solución salina normal para que pueda ser introducido sin complicación.
- Terminados los procedimientos se guarda el equipo, limpio y seco en cada caja.
- Se debe dejar todo en perfecto orden.
- Se registran los gastos en la planilla.