



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES

LEOPOLDO ABDIEL GIRALDO VELÁSQUEZ

Gerente ESE Metrosalud

Subgerencia Red de Servicios

01/10/2019

Versión [01]



Alcaldía de Medellín

Código:	PM02 MA 05	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES	
Versión:	01		
Vigente a partir de:	01/10/2019		
Página:	2 de 59		

CONTENIDO

PLATAFORMA ESTRATÉGICA Y CONTENIDO INSTITUCIONAL	3
1. INTRODUCCIÓN	4
2. OBJETIVO:.....	5
3. ALCANCE:.....	5
4. POLÍTICAS RELACIONADAS.....	5
5. DESARROLLO DEL MANUAL:	7
5.1 MARCO NORMATIVO	7
5.2 MARCO OPERATIVO	7
5.2.1 MEDIDAS GENERALES DE SEGURIDAD	7
5.2.2 RECURSOS NECESARIOS	7
5.3 PROCEDIMIENTOS MENORES	9
5.3.1 DRENAJE EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	9
5.3.2 EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO CONDUCTO AUDITIVO	14
5.3.3 LAVADO DE OÍDOS.....	17
5.3.4 EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN CONJUNTIVA, CÓRNEA Y ESCLERA.....	20
5.3.5 EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN NARIZ.....	24
5.3.6 REMOCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE LA BOCA.....	27
5.3.7 TAPONAMIENTO NASAL ANTERIOR	31
5.3.8 EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL.....	37
5.3.9 ONICECTOMÍA, CUÑA CURETAJE PLASTIA	45
5.3.10 SUTURA SUPERFICIAL.....	50
6. PROCEDIMIENTOS QUE SE REALIZAN EN LA SALA DE PROCEDIMIENTOS MENORES	57
7. DEFINICIONES O CONCEPTOS:.....	57
8. BIBLIOGRAFÍA / WEBGRAFÍA	57
9. DOCUMENTOS RELACIONADOS.....	59

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	3 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



PLATAFORMA ESTRATÉGICA Y CONTENIDO INSTITUCIONAL

Misión, Visión Ventaja competitiva, Promesa de valor, Objetivos corporativos, Competencias corporativas. Ver enlace

<http://www.metrosalud.gov.co/metrosalud/institucional>

Principios y valores corporativos. Ver enlace:

<http://www.metrosalud.gov.co/metrosalud/principios-y-valores>

Organigrama institucional. Ver enlace:

<http://www.metrosalud.gov.co/metrosalud/organigrama>

Mapa de procesos. Ver enlace:

<http://www.metrosalud.gov.co/metrosalud/estructura-de-procesos>

Deberes y Derechos de los usuarios. Ver enlace

<http://www.metrosalud.gov.co/usuarios/derechos-y-deberes>

COPIA NO CONTROLADA

Código:	PM02 MA 05	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES	
Versión:	01		
Vigente a partir de:	01/10/2019		
Página:	4 de 59		

1. INTRODUCCIÓN

Un manual se concibe para todos aquellos casos en los cuales los textos operan como una guía en la que se detallan los métodos a seguir para alcanzar un determinado objetivo previamente establecido. El término manual se caracteriza por ser polisémico, por lo que también se utiliza para hacer alusión a aquellos textos en donde se exponen los conceptos básicos de una determinada materia, como puede ser Lengua, Matemática, Geografía, Biología o Historia, entre otros ejemplos, además de que la palabra manual también hace referencia a todo aquello que se confeccione con las manos.

Dentro de las organizaciones también existen manuales, tomando la primera de las definiciones mencionadas anteriormente, que ayudan al correcto funcionamiento de la misma. Esto se debe a que establecen cómo está estructurada cada unidad que la conforma, qué función tiene, quienes ocupan los cargos jerárquicos, qué relaciones se establecen con otras unidades, entre otros detalles que son básicos para el desempeño de la organización en su conjunto.

Para que los manuales de organizaciones cumplan sus funciones, deben ser difundidos a todos los miembros que conforman la entidad y debe ser respetados por todos los miembros de la organización. Para que estos manuales cumplan su función deben estar bien redactados, incluyendo la información más relevante de cada aspecto. Además, es muy importante que el contenido se encuentre clasificado en capítulos que aglutinen información que se encuentre relacionada entre sí. También es esencial que los manuales de información múltiple cuenten con un índice bien detallado que ayude a sus lectores a encontrar aquello que necesiten, de forma rápida y práctica.

COPIA

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	5 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



2. OBJETIVO:

Unificar criterios respecto al manejo terapéutico de pacientes a quienes se les realizan procedimientos menores.

3. ALCANCE:

El presente manual es aplicable a todo el personal asistencial que labora en el servicio de consulta externa y urgencias de la institución y que participa en el proceso de atención al paciente que requiere un procedimiento menor.

4. POLÍTICAS RELACIONADAS

Política del Sistema integrado de gestión

En la ESE Metrosalud nos comprometemos en mantener un sistema integrado de gestión con procesos confiables y eficientes que generen un ambiente sano y seguro para nuestra comunidad, usuarios y servidores, proteja el medio ambiente y mejore la calidad de vida de nuestros servidores.

Asumimos el compromiso de brindar servicios de salud integrales con altos estándares de seguridad y confiabilidad para nuestros clientes y usuarios mediante la implementación y constante desarrollo de un sistema de gestión de la calidad que satisfaga las necesidades y expectativas de nuestros clientes y usuarios.

De la misma manera asumimos el compromiso de promover y proteger la salud de nuestros servidores, contratistas, estudiantes en práctica y otras partes interesadas mediante la implementación y mantenimiento del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo a través de la identificación de los peligros, evaluación y valoración de los riesgos y el establecimiento de sus respectivos controles con el fin de erradicar los comportamientos inseguros y mejorar la eficacia y seguridad de nuestros procesos.

Asimismo, nos comprometemos con proteger el medio ambiente y la comunidad mediante la implementación y mantenimiento de un sistema de gestión ambiental que asegure la mejora continua en el desempeño ambiental mediante la intervención de aspectos e impactos ambientales que permitan la prevención de la contaminación y el cumplimiento de estándares exigidos por las autoridades ambientales y entes de control en materia de vertimientos de aguas, gestión de los residuos sólidos y calidad del aire. La integridad de nuestro sistema de gestión asegura el cumplimiento de los requisitos legales aplicables y otros requisitos, la disposición de canales abiertos de consulta y participación con los grupos de interés en el marco de un proceso de mejoramiento continuo.

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	6 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



Política de Gestión de Riesgos

La ESE Metrosalud se compromete a gestionar los riesgos de gestión u operativos, riesgos de corrupción y riesgos de lavado de activos y financiación del terrorismo, desarrollando y poniendo en operación mecanismos efectivos que contemplan la identificación, análisis, valoración, tratamiento y monitoreo de los riesgos, que actúen sobre las situaciones que impiden el normal desarrollo de los procesos y las funciones, orientando la toma de decisiones oportuna con el fin de asegurar el cumplimiento de los objetivos institucionales, mitigar el impacto negativo de los riesgos para los usuarios, familia, servidores, proveedores, comunidad y grupos de interés y aprovechar el impacto positivo de los mismos.

Política de Seguridad del Paciente

La ESE Metrosalud se compromete a disminuir el riesgo y prevenir la ocurrencia de eventos adversos en la atención en salud brindada a los pacientes, mediante la aplicación de mecanismos efectivos para su identificación, análisis, valoración, tratamiento y monitoreo; la aplicación sistemática y continua de todas las prácticas seguras valoradas en el ámbito internacional; el fortalecimiento de la cultura de seguridad; el aprendizaje organizacional en caso de materializarse un riesgo; y la asignación de todos los recursos para su implementación. Todo ello con el único objetivo de tener hospitales altamente confiables y seguros.

Política de Atención Centrada en los Usuarios

La ESE Metrosalud asume el compromiso de prestar servicios de salud eficientes, eficaces, accesibles, seguros, humanizados y con calidad, a la población usuaria y a sus familias de acuerdo a la integración de su Modelo de Prestación de Servicios con enfoque en Atención Primaria en Salud, mediante la identificación de las necesidades y expectativas de la comunidad, la optimización de su capacidad de oferta y la modelación permanente de la red, conforme a los cambios normativos y al perfil epidemiológico, con el objetivo de contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de la población, mediante acciones intra y extramurales. Así mismo, y en la medida de sus posibilidades, brindará un trato preferencial a las personas en condición de discapacidad, mujeres embarazadas, adultos mayores y niños, especialmente de la población pobre y vulnerable, garantizando así un trato respetuoso, equitativo y digno según su condición.

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	7 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



5. DESARROLLO DEL MANUAL:

5.1 MARCO NORMATIVO

- Resolución 2003 de 2014, Manual de habilitación.

5.2 MARCO OPERATIVO

5.2.1 MEDIDAS GENERALES DE SEGURIDAD

- Aplicar técnica aséptica en todos los procedimientos.
- Realizar higiene de manos quirúrgico (jabón yodado) en todo procedimiento menor.
- Realizar higiene de manos sistemática de acuerdo con los cinco momentos (lavado e higienización alcohólica). **Ver guía de higiene de manos.**
- Realizar asepsia de piel de acuerdo con las indicaciones establecidas en la guía para la prevención de infecciones de sitio operatorio ISO. **Ver guía para la prevención de infecciones de sitio operatorio ISO.**
- Utilizar guantes estériles (ver normas uso de guantes manual de bioseguridad). **Ver manual de bioseguridad.**
- Utilizar siempre dispositivos médicos e insumos estériles.
- Evitar el uso de jabón y soluciones yodadas en las curaciones posteriores.
- Verificar signos y síntomas de infección en los primeros ocho (8) días posteriores al procedimiento.
- Reportar eventos adversos en el aplicativo institucional, si procede.

5.2.2 RECURSOS NECESARIOS

INSTALACIONES FÍSICAS Y DOTACIÓN

Consultorio médico o consultorio enfermería o sala de procedimientos menores.

Camilla.

Mesa de curaciones.

Gafas o careta protectora.

Mascarillas desechables.

Delantal plástico o batas intercambiables.

Recipientes para la disposición de desechos especialmente los contaminados.

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	8 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



RECURSO HUMANO

Médico general.
Enfermero (a).
Auxiliar área de la salud (enfermería).
Odontólogo (a).
Personal de oficios varios.

INSTRUMENTAL

De acuerdo con el procedimiento.

MATERIAL MEDICO QUIRÚRGICO

De acuerdo con el procedimiento.

COPIA NO CONTROLADA

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	9 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



5.3 PROCEDIMIENTOS MENORES

5.3.1 DRENAJE EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de piel y partes blandas, son una de las causas más frecuentes de consulta en todas las edades y estratos sociales y pueden llegar a representar el 40% de los ingresos hospitalarios anuales. Determinan enfermedades con variable nivel de gravedad, desde formas clínicas banales hasta otras graves que ponen en riesgo la vida.

Los abscesos cutáneos son muy comunes. Se forman cuando una infección localizada provoca la acumulación de pus y de material infectado en la piel. Se pueden presentar después de una infección bacteriana, normalmente producida por estafilococo, estreptococo pyogenes, enterococos y microorganismos anaerobios entre otros. Los abscesos se pueden desarrollar después de una herida o lesión menor o como resultado de una complicación de foliculitis o por la presencia de forúnculos; pueden aparecer en cualquier lugar del cuerpo y afectar a personas de todas las edades.

Los abscesos pueden obstaculizar y afectar el funcionamiento de tejidos más profundos; la infección puede diseminarse en forma local o sistémica y si llega al torrente sanguíneo, puede ocasionar complicaciones severas. Todo esto justifica el drenaje ya que ésta es una alternativa terapéutica para asegurar una buena resolución a corto plazo y prevenir problemas potencialmente mayores.

Estas indicaciones buscan estandarizar el procedimiento de drenaje de absceso en piel y tejido celular subcutáneo con las condiciones de calidad exigidas.

DEFINICIÓN

El drenaje es el procedimiento técnico de abertura de una lesión para permitir la salida de pus acumulada, para limpiar el área afectada y facilitar y/o controlar la infección. El tamaño de la abertura dependerá del grado de deterioro que haya sufrido el tejido y del grado de contaminación que pudiera estar presente.

Una vez retirado todo éste material (pus y tejido muerto), queda un espacio libre denominado espacio muerto que puede acumular grandes cantidades de fluidos, que se comportan como verdaderos caldos nutritivos para bacterias. Es aquí donde entran en juego los drenes o mechas para evitar la acumulación de dichos fluidos, esto significa que cualquier fluido que se produzca será conducido por el dren o mecha hacia el exterior, incluso sin la ayuda de la gravedad y lograr en un corto período de tiempo (normalmente menos de una semana) la reorganización del tejido interno. Como coadyuvante en la terapia se suministran antibióticos para controlar la infección. El objetivo del procedimiento es la mejoría rápida, prevención de complicaciones y la curación de la infección.

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	10 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



INDICACIONES

La mayoría de los abscesos cutáneos son curables con antibioticoterapia. Lamentablemente, en muchos casos se producen coágulos, pus y se acumula tejido desvitalizado que necesariamente deben ser extraídos para favorecer una buena recuperación de la zona afectada. Para poder extraer estos coágulos, pus y tejido muerto se debe crear una abertura en una lesión que antes estaba cerrada, retirar todo este material, limpiar y desinfectar minuciosamente. En otras ocasiones se requiere del drenaje para estudiar el material obtenido por medio de cultivos y determinar el germen causal de la infección.

INSTRUMENTAL

- Mango de bisturí.
- Pinza mosquito.
- Pinza con garra
- Tijera de material y de tejido.
- Mesa de mayo
- Bandeja para material estéril y contaminado.
- Riñonera.
- Fuente de luz.

MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO

- Guantes estériles.
- Gasas estériles.
- Drenes o mechas.
- Hoja de bisturí.
- Jeringas y sus agujas.
- Material de sutura, nylon 2-0 a 5-0.
- Lidocaína al 2%.
- Micropore.
- Agua estéril o solución para irrigación.
- Desinfectante para la piel (yodopovidona, clorhexidina).
- Tubo de laboratorio para cultivos y portaobjetos.
- Vendaje de tela.
- Aplicadores y bajalenguas estériles.
- Un campo de ojo.

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	11 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



- Un caucho protector para el paciente.
- Analgésico (opioide), sedantes.
- Ungüento antibiótico (ácido fusídico, nitrofurazona).

TÉCNICA DEL PROCEDIMIENTO

Tiempo aproximado 40 minutos.

1. Preparar el material a utilizar previamente.
2. Crear ambiente de comunicación y confianza entre el profesional y el usuario.
3. Explicar el procedimiento e informar la razón para realizar el drenaje, asegurar su colaboración y tranquilizar sobre posibles complicaciones. Debe quedar claro que en ocasiones es mejor que quede una pequeña cicatriz a que quede una gran depresión o peor aún una contaminación con formación de un absceso que involucre mayores áreas de tejido o que comprometa la vida.
4. Obtener el consentimiento informado.
5. Evaluar las condiciones del paciente.
6. Ubicar al usuario en la camilla y cerciorarse de que esté en la posición adecuada.
7. Seguir las normas de bioseguridad establecidas por la Empresa.
8. De acuerdo con el tamaño de la lesión el médico determinará la necesidad de analgesia y sedación previa al procedimiento.
9. Realizar adecuada desinfección o asepsia de la zona donde se realizará el drenaje.
10. Colocar campos quirúrgicos necesarios.
11. Realizar infiltración del sitio con anestésico local, si éste lo requiere.
12. Realizar corte de la piel y el tejido celular subcutáneo con hoja de bisturí.
13. Toma de muestras para laboratorio (Gram y cultivo) si es pertinente.
14. Desbridar y liberar adherencias o tabiques con la pinza si es necesario.
15. Hacer presión sobre el absceso para permitir la salida del material purulento, Si las características de la lesión lo exigen se deberá abrir más la lesión y eliminar "TODO" el tejido desvitalizado (muerto) y coágulos antes de lavar, limpiar y desinfectar.
16. Observar con frecuencia al paciente para detectar signos de complicaciones como reacciones adversas al dolor o a los anestésicos, si estos se utilizaron.
17. Colocar mecha o dren humidificado en solución para irrigación o impregnada de nitrofurazona u otro ungüento antibiótico

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	12 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



18. Fijación del dren con material de sutura en caso de ser necesario
19. Hacer limpieza del sitio de drenaje teniendo cuidado de no extraer accidentalmente la mecha y cubrir con gasas estériles.
20. Desechar material contaminado.
21. Registrar procedimiento en el módulo "Registro de procedimientos" de la historia clínica electrónica.
22. Retirar dren cuando la secreción sea mínima.

COMPLICACIONES

- Diseminación de la infección alrededor de la misma área.
- Interferencia en la función de los tejidos cercanos.
- Gangrena (muerte tisular).
- Celulitis, fascitis, miositis necrotizante.
- Diseminación de la infección a través del flujo sanguíneo, que ocasiona: endocarditis, osteomielitis.
- Aparición de abscesos nuevos múltiples ("siembra" de la infección).
- Formación de abscesos en las articulaciones, en la pleura u otras áreas.
- Shock séptico.
- Reacciones adversas a medicamentos.
- Cicatrices y fibrosis o retracciones del tejido por la cicatrización.

RECOMENDACIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO

Entregar las siguientes instrucciones por escrito:

- Mantener limpia y seca la piel que circunda la(s) herida(s) y cambiar constantemente las gasas húmedas con las manos limpias. Realizar lavado de manos posterior al contacto con la zona de drenaje.
- Mantenimiento de uñas cortas y evitar el rascado.
- Si bien los drenajes son una alternativa terapéutica para prevenir acumulación de fluidos y potenciales infecciones, también son una puerta de entrada a contaminantes si no se mantiene una limpieza diaria y supervisión constante de la herida.
- Hacer curación diariamente en lo posible por personal de servicios de salud.

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	13 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



- Si se deja dren o mecha debe regresar diariamente al cambio o revisión de éste(a).
- Se recomienda vigilar signos de empeoramiento de la infección. Debe buscar asistencia médica si se presentan signos de aumento de la infección como fiebre, dolor, enrojecimiento, edema o aumento del drenaje de cualquier clase, la piel duele y se oscurece exponiendo tonos rojos, pardos, morados o negros.
- También si aparecen nuevos síntomas durante o después del tratamiento del absceso de piel.
- Tomar los medicamentos ordenados por el médico.
- Aunque todo procedimiento médico quirúrgico busca solucionar el problema primario con el menor daño posible de los tejidos involucrados, en ocasiones no dejar alguna marca es una tarea francamente imposible, pudiendo sugerir que una vez resuelto dicho problema primario, se puede optar por la cirugía estética para reducir o disimular el defecto en piel que pudiera haber quedado.

COPIA NO CONTROLADA

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	14 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



5.3.2 EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO CONDUCTO AUDITIVO

INTRODUCCIÓN

Los cuerpos extraños en el oído son motivo de consulta en los servicios de urgencias, ocasionados principalmente, por la introducción de materiales inanimados y más frecuentes en los niños; en los adultos son más frecuentes los materiales animados. En la gran mayoría de los casos son las mamás las que detectan la introducción de los cuerpos extraños en el oído de sus hijos.

DEFINICIÓN

Son elementos que no pertenecen a la estructura anatómica del oído y obstaculización la audición además de generar procesos patológicos al interior del mismo. Los cuerpos extraños se clasifican en:

Animados: cucarachas, mariposas, garrapatas, larvas etc.

Inanimados: perlas, botones, piedras, cuentas de collares, etc.

Vegetales: gramíneas.

Estas indicaciones buscan estandarizar el procedimiento para retirar materiales extraños del oído, preservando la integridad del conducto, conservando la agudeza auditiva y manteniendo las condiciones de calidad exigidas.

INDICACIONES

Extraer cuerpo extraño del conducto auditivo.

INSTRUMENTAL

- Jeringa especial de Ingraum o catéter de irrigación.
- Cureta.
- Aspirador con sonda.

Nota: Está contraindicado el uso de pinzas por médico general.

MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO

- Linterna.
- Otoscopio.
- Fotóforo.
- Alcohol, sustancias oleosas, lidocaína.

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	15 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



TÉCNICA DEL PROCEDIMIENTO

Tiempo aproximado: 40 minutos.

1. Preparar el material a utilizar previamente.
2. Crear ambiente de comunicación y confianza entre el profesional y el usuario.
3. Explicar el procedimiento e informar la razón para realizar la extracción del objeto extraño del conducto auditivo, asegurar su colaboración y tranquilizar sobre posibles complicaciones.
4. Obtener el consentimiento informado.
5. Realizar y registrar la otoscopia antes y después del procedimiento para verificar la integridad del conducto auditivo externo, membrana timpánica y salida del cuerpo extraño.
6. Identificar clase de cuerpo extraño.
7. Desechar material contaminado.
8. Registrar procedimiento en el módulo "Registro de procedimientos" de la historia clínica electrónica.

TÉCNICA ESPECÍFICA PARA MATERIALES ANIMADOS

- Colocar rayo de luz en la desembocadura del conducto auditivo externo para que el insecto migre.
- Si no se tiene éxito, aplicar alcohol o sustancias oleosas (gotas de aceite mineral), para producir ahogamiento y terminar lavando el oído (ver manual de procedimientos menores: lavado de oídos).
- Si no se obtiene el resultado deseado se debe remitir al especialista.

TÉCNICA ESPECÍFICA PARA MATERIAL VEGETAL U OBJETOS INANIMADOS

- Si está hidratado, aplicar 10 gotas de alcohol antiséptico tres (3) veces al día por un día, luego practicar lavado de oído (ver manual de procedimientos menores: lavado de oídos), con lo cual se logrará extraer el 90% de todos los elementos extraños.
- Si no se obtiene el resultado deseado se debe remitir al especialista.
- No usar sustancias oleosas.

COMPLICACIONES

- Hemorragias del conducto auditivo.

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	16 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



- Vértigo.
- Hipoacusia.
- Acúfenos.
- Laceraciones del conducto.
- Perforaciones del tímpano.
- Colesteatoma.
- Infecciones del conducto auditivo.

RECOMENDACIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO

Entregar las siguientes instrucciones por escrito:

- Si el procedimiento no tiene éxito debe remitirse al especialista (Otorrino), para su extracción bajo visión directa.
- Regresar al servicio de urgencias si posterior al procedimiento presenta dolor intenso al interior del oído, vértigo, sangrado o hipoacusia (escucha menos de lo habitual).

COPIA NO CONTROLADA

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	17 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



5.3.3 LAVADO DE OÍDOS

INTRODUCCIÓN

El conducto auditivo externo está revestido por folículos pilosos. También por glándulas que producen un aceite ceroso denominado cerumen. La cera casi siempre se abre paso hasta la abertura del oído. Una vez ahí se cae o se elimina mediante lavado.

El cerumen puede acumularse y bloquear el conducto auditivo externo generando pérdida parcial de la audición.

Así, el lavado de oídos es el procedimiento de elección para la recuperación de la audición, manteniendo la integridad del conducto auditivo.

DEFINICIÓN

El lavado de oídos es un procedimiento que permite remover el exceso de cera, pero que también puede ser útil para retirar cualquier tipo de suciedad que se haya acumulado en el canal auditivo a lo largo del tiempo, incluso algún tipo de objeto.

Es un procedimiento empleado con fines terapéuticos, sencillo de realizar pero con el conocimiento de su técnica, ya que se pueden presentar complicaciones traumáticas tanto en el conducto auditivo como en la membrana timpánica, su objetivo es preservar la agudeza auditiva y mantener la integridad del conducto auditivo.

INDICACIONES

- Extracción de tapón de cerumen
- Extracción cuerpos extraños

INSTRUMENTAL

- Bandeja para material estéril y contaminado.
- Riñonera.
- Fuente de luz.
- Otoscopio.
- Espéculos de varios tamaños Aspirador con sonda.
- Jeringa especial de Ingraum.
- Cureta.
- Agua tibia a 37° C para evitar la aparición de vértigo.

MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO

- Guantes estériles.
- Paños o campos desechables.

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	18 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



TÉCNICA DEL PROCEDIMIENTO

Tiempo aproximado: 40 minutos.

1. Preparar el material a utilizar previamente.
2. Revisar el conducto auditivo. Si el tapón está impactado prescribir el uso de glicerina carbonatada, diez (10) gotas, por diez (10) minutos, tres (3) veces al día, de tres (3) a cinco (días) y regresar para efectuar el lavado. En caso contrario, continuar procedimiento de lavado.
3. Crear ambiente de comunicación y confianza entre el profesional y el usuario.
4. Explicar el procedimiento e informar la razón para realizar el procedimiento, asegurar su colaboración y tranquilizar sobre posibles complicaciones.
5. Obtener el consentimiento informado.
6. Realizar y registrar la otoscopia antes y después del procedimiento para verificar la integridad del conducto auditivo externo, membrana timpánica y salida del cuerpo extraño.
7. Ubicar al paciente en silla.
8. Traccionar el pabellón auricular hacia atrás y hacia abajo, para visualizar el conducto auditivo externo: en los niños, del lóbulo y en los adultos del hélix.
9. Dirigir la jeringa en forma oblicua a la pared postero - superior del conducto auditivo, sin obstruir el drenaje, tratando de no apoyarse en ella, fijándola de tal manera que no se mueva.
10. Presionar el émbolo energicamente en forma lenta y suave. Cuando el agua choca con el fondo del oído es rechazada, arrastrando a su paso los elementos existentes en el conducto auditivo externo.
11. Identificar clase de cuerpo extraño, si procede.
12. Desechar material contaminado.
13. Registrar procedimiento en el módulo "Registro de procedimientos" de la historia clínica electrónica.

COMPLICACIONES

- Vértigo.
- Hipoacusia.
- Acúfenos.

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	19 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



- Laceraciones.
- Perforaciones del tímpano.
- Hemorragias del conducto auditivo.

RECOMENDACIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO

Entregar las siguientes instrucciones por escrito:

- Regresar al servicio de urgencias en caso de dolor, vértigo, sangrado, salida de pus y/o sordera.
- Acudir al especialista (otorrinolaringólogo) en caso de que el lavado no haya tenido éxito.
- Acudir al especialista (otorrinolaringólogo) en caso de que se requiera extracción directa.
- Acudir al especialista (otorrinolaringólogo) en caso de que haya experimentado una lesión del conducto auditivo o una perforación del tímpano previamente.

COPIA NO CONTROLADA

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	20 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



5.3.4 EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN CONJUNTIVA, CÓRNEA Y ESCLERA

INTRODUCCIÓN

El médico general juega un papel importante y decisivo en el tratamiento inicial de patologías oftalmológicas; del adecuado abordaje y manejo dependen los resultados que le aseguran al paciente una conservación de su agudeza visual.

Los pacientes que presentan con mayor frecuencia esta clase de cuerpo extraño en el ojo son los trabajadores y los motociclistas.

La alta incidencia de urgencias oftalmológicas en las Unidades Hospitalarias de Metrosalud, implica la unificación y actualización de criterios para el manejo de estas situaciones médicas.

DEFINICIÓN

Los cuerpos extraños en el ojo son partículas depositadas principalmente en los fondos de saco conjuntivales, cornea o superficie escleral; generalmente hay un antecedente de trauma con partículas de polvo, vegetales o esquirlas de metal; la mayoría producen sensación de cuerpo extraño, dolor, epifora, fotofobia, blefaroespasma, inyección conjuntival, edema palpebral, reacción moderada de cámara anterior, queratitis superficial, pupilas generalmente mióticas y agudeza visual levemente disminuida.

El retiro oportuno de estos cuerpos extraños, evita secuelas que afecten la visión y el desarrollo de infecciones que compliquen el cuadro.

INDICACIONES

Extraer cuerpos extraños de la superficie ocular.

INSTRUMENTAL

- Fuente de iluminación.
- Lupa.
- Oftalmoscopio N° +20 o +40.

MATERIAL MÉDICO QUIRÚRGICO

- Aplicadores.
- Agujas hipodérmicas.
- Ungüento antibiótico.
- Apósitos de ojo.

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	21 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



- Midriático de acción corta (en caso de pupila miótica dolorosa).
- Anestésico tópico (clorhidrato de proparacaina 0.5%) o en su defecto lidocaína al 1% a partes iguales en agua destilada).
- Colorantes (fluoresceína o azul de metileno).

TÉCNICA DEL PROCEDIMIENTO

Tiempo aproximado: 30 minutos.

1. Preparar el material a utilizar previamente.
2. Revisar agudeza visual antes y después del procedimiento. Registrar los hallazgos.
3. Crear ambiente de comunicación y confianza entre el profesional y el usuario.
4. Explicar el procedimiento e informar la razón para realizar el procedimiento, asegurar su colaboración y tranquilizar sobre posibles complicaciones.
5. Obtener el consentimiento informado.

PROCEDIMIENTO EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO EN CÓRNEA

1. Se aplican 1 o 2 gotas de anestésico tópico oftálmico.
2. Evaluación con fuente de luz para localizar el cuerpo extraño.
3. Evertir los párpados en busca de otros cuerpos extraños, especialmente en presencia de queratitis linear. Evaluar las dimensiones del infiltrado y si hay reacción de cámara anterior.
4. Dilatar la pupila para controlar el dolor secundario al espasmo ciliar y examinar el vítreo y la retina cuando hay historia de metales a alta velocidad.
5. Remover el cuerpo extraño con aguja hipodérmica # 25 empataada a una jeringa y con el bisel se procede a curetear. No profundizar más de lo necesario.
6. Remover el tatuaje que queda después de extraer el cuerpo extraño, ocasionalmente este puede desaparecer al retirarlo.
7. Aplicar colorantes para evaluar la integridad de la córnea.
8. Ciclopléjico.
9. Finalmente se coloca un ungüento oftálmico con antibiótico y se ocluye.
10. Remitir al oftalmólogo cuando el material no se extrajo, es extraído parcialmente o exista sospecha de perforación del globo ocular.
11. Indicar al paciente que debe solicitar cita para control en veinticuatro (24) horas.

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	22 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



PROCEDIMIENTO EXTRACCIÓN CUERPO EXTRAÑO EN CONJUNTIVA

1. Aplicar 1 o 2 gotas de anestésico tópico oftálmico para controlar el blefaroespasma y el dolor.
2. Se procede a evertir ambos párpados. El paciente debe mantener su cabeza erguida y dirigir la mirada hacia los pies. Sujete las pestañas y hale el párpado hacia afuera; enseguida presione en el centro del párpado y sobre el tarso con el dedo o con un aplicador, hale ahora las pestañas hacia arriba y así el tarso se evertirá exponiendo la conjuntiva. Se inspecciona conjuntiva y córnea con lupa.
3. De esta forma el cuerpo extraño será fácilmente visible y normalmente se podrá extraer con aplicador de algodón húmedo y estéril.
4. No se debe tratar de extraer con aguja, pues se provocaría una hemorragia superficial, dificultando enormemente la extracción.
5. Se deben extraer únicamente cuerpos extraños superficiales y de fácil acceso.
6. Remitir al oftalmólogo cuando el material no se extrae, es extraído parcialmente o exista sospecha de perforación del globo.
7. Realizar lavado ocular con agua destilada enfatizando en fondo de sacos conjuntivales cuando se sospeche presencia de pequeñas partículas de vidrio.

PROCEDIMIENTO CUERPO EXTRAÑO EN ESCLERA

1. Aplicar ungüento antibiótico.
2. Realizar oclusión.
3. Remitir urgente al oftalmólogo.

COMPLICACIONES

- Queratitis micótica: antecedente de trauma vegetal.
- Queratitis bacteriana.
- Abscesos corneales.
- Perforación ocular primaria o iatrogénica.
- Cuerpo extraño intraocular.
- Perforación globo ocular.
- Endoftalmitis.

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	23 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



RECOMENDACIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO

Entregar las siguientes instrucciones por escrito:

- No usar anestésicos, esteroides o AINES tópicos ambulatorios.
- Consultar si dolor, fotofobia, deterioro de la visión, secreción, o si cualquier síntoma continúa.
- Aseo adecuado de manos para aplicar el medicamento.
- Remitir para evaluación por especialista: pacientes con defectos epiteliales centrales, pacientes con descarga mucopurulenta, infiltrado, tatuaje residual en córnea, o con reacción moderada de la cámara anterior.
- Pacientes con cuerpos extraños de origen vegetal deben ser remitidos en su totalidad por el alto riesgo de infecciones micóticas en córnea que aparecen en semanas o meses después del evento, pacientes con cuerpos extraños secundarios a explosivos (usualmente quedan múltiples cuerpos extraños difusos en cornea que resultan de difícil extracción), Pacientes con cuerpos extraños en el estroma profundo de la córnea, ante la sospecha de perforación inminente o salida de humor acuoso.

COPIA NO CONTROLADA

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	24 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



5.3.5 EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN NARIZ

INTRODUCCIÓN

Los accidentes por cuerpos extraños se producen con mayor frecuencia en los niños, quienes tragan o se introducen pequeños objetos por la nariz y los oídos o pueden penetrar por la coana en un acceso de vómito. La sintomatología depende del tiempo que el cuerpo extraño haya permanecido en la nariz.

Los síntomas inmediatos son de irritación: secreción hialina, estornudos y obstrucción. Cuando la penetración del cuerpo extraño pasa inadvertida, el síntoma inicial es rinorrea hialina que pronto se hace muco purulenta con olor pestilente y cacosmia; además hay obstrucción respiratoria del lado afectado. En algunos casos puede haber, inclusive, una hemorragia nasal.

Se diagnostica por visualización directa mediante rinoscopio u otoscopio. Ante la sospecha clínica y la ausencia de visualización es recomendable una valoración especializada.

DEFINICIÓN

Un cuerpo extraño es cualquier elemento ajeno al organismo, que entra a éste ya sea a través de la piel o por cualquier orificio natural. Todo niño que presente rinorrea purulenta, fetidez y obstrucción nasal, tiene un cuerpo extraño en la nariz hasta que no se demuestre lo contrario. Los elementos más frecuentemente encontrados son los siguientes: pedazos de espuma, perlas, botones, piedras, plastilina, cuentas de rosario, semillas de cereal.

INDICACIONES

Extracción de cuerpo extraño en nariz.

INSTRUMENTAL Y EQUIPO MÉDICO QUIRÚRGICO

- Mesa de examen.
- Equipo de órganos de los sentidos.
- Neosinefrina al 1% con gotero.
- Clip doblado previamente en forma de asa.
- Aspirador o perilla.
- Algodón.

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	25 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



TÉCNICA DEL PROCEDIMIENTO

Tiempo aproximado: 30 minutos.

1. Preparar el material a utilizar previamente.
2. Establecer presencia de cuerpo extraño.
3. Crear ambiente de comunicación y confianza entre el profesional y el usuario.
4. Explicar el procedimiento e informar la razón para realizar el procedimiento, asegurar su colaboración y tranquilizar sobre posibles complicaciones.
5. Obtener el consentimiento informado.
6. Con el paciente acostado en la mesa de examen o el niño sentado sobre el regazo de su acudiente, con las piernas sujetadas por intermedio de las de este y la cabeza fija por otro ayudante (auxiliar de enfermería), se aplican unas gotas de Neosinefrina en cada fosa nasal, para que de ésta manera la vasoconstricción nos dé una mejor visibilidad. Luego de 5 a 10 minutos de instilado el vasoconstrictor, si hay aspirador se aspira el moco y los detritus o si no, con algodón o perilla se realiza esta limpieza.
7. Una vez visualizado el cuerpo extraño, se introduce el asa de alambre bordeando el septum nasal, tratando de enganchar el objeto por detrás y con un movimiento rápido en forma circular en el sentido contrario al de las manecillas del reloj para la fosa nasal derecha y en el mismo sentido de las manecillas del reloj para la fosa nasal izquierda, se realiza la extracción.
8. El asa no debe introducirse nunca bordeando los cornetes pues al hacer la maniobra peligra la integridad del tabique.
9. Los objetos difíciles de enganchar o los que están en la región posterior se pueden extraer por medio de la introducción de una sonda de nelaton por la fosa nasal. Esta maniobra debe hacerse muy lentamente para dar tiempo a que el cuerpo extraño sea escupido o tragado por el paciente. Si se realiza muy rápidamente corre el riesgo de cambiarle el sitio al cuerpo extraño, en este caso, a la laringe o a la tráquea.
10. Cuando no se visualice bien el cuerpo extraño, es preferible remitirlo al especialista.

COMPLICACIONES

Ulceración de la mucosa nasal, epistaxis, infección.

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	26 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



RECOMENDACIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO

Entregar las siguientes instrucciones por escrito:

- Tras la extracción puede producirse una leve hemorragia que cede espontáneamente o con una mecha de agua oxigenada.
- Reexaminaremos la nariz por si quedaran restos, que habría que extraer, o lesiones.
- En caso de lesiones o infección puede prescribirse pomada antibiótica y lavados con suero fisiológico.

COPIA NO CONTROLADA

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	27 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



5.3.6 REMOCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TEJIDOS BLANDOS DE LA BOCA

INTRODUCCIÓN

Es común que cuando se están consumiendo algunos alimentos o cuando sostenemos objetos puntiagudos (alfiler, gancho o prótesis dental) pueda ocurrir accidentalmente la incrustación de estos en la orofaringe, la cual se extiende desde el paladar blando hasta el borde superior de la epiglotis, estos pequeños cuerpos extraños puntiagudos pueden enclavarse en las amígdalas, en la base de la lengua, en las valéculas o lateralmente en la faringe. Generalmente existe el antecedente de la ingesta o ingreso del cuerpo extraño quedando posteriormente con náusea, sialorrea, odinofagia de diversa cuantía según el daño producido.

En otras ocasiones puede tratarse de un "piercing" que fue colocado en la lengua y se incrustó por el edema y/o infección de los tejidos y no es posible que el mismo usuario se lo retire, o también que se suelte uno de los extremos de éste permitiendo que la parte corto punzante se incruste en los tejidos adyacentes o diferentes a la lengua.

En general los cuerpos extraños son menos frecuentes en la región oral y faríngea que en el esófago.

Son precisamente los síntomas y el que se trata de procesos potencialmente graves (puede generar diversidad de complicaciones), lo que justifica realizar este procedimiento con el fin de efectuar la remoción del(los) cuerpo(s) extraño(s).

DEFINICIÓN

Llamamos cuerpo extraño a todo objeto que no siendo propio sino procedente del exterior, se introduce o alberga en nuestro organismo voluntaria o involuntariamente. De esta manera, y en función de la localización y naturaleza del mismo, se producirán distintas alteraciones o síntomas en nuestro cuerpo.

Normalmente se tratará de alguna espina de pescado o un trocito de hueso o fragmento de metal que al comer origina dolor y dificultad en la deglución. En otras ocasiones puede tratarse de un "piercing" o algo similar incrustado en la lengua por el edema que se ha ocasionado al colocarlo o por infección de la misma.

La remoción se define como la extracción de dicho cuerpo extraño por diferentes métodos y su objetivo es evitar complicaciones posteriores como paso del cuerpo extraño a las vías aéreas o incrustación en las vías digestivas ocasionando complicaciones obstructivas e infecciosas debido a los gérmenes en cavidad bucofaríngea.

INDICACIONES

La atención de urgencia varía según la ubicación, movilidad o tamaño del cuerpo extraño. En general los cuerpos extraños grandes se alojan en esófago. Está indicado retirarlo

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	28 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



cuando este ocasiona dolor, incomodidad, dificultad para la deglución o respiración o existe algún riesgo infeccioso o de otra índole para el usuario.

Si el cuerpo extraño no se alcanza a visualizar con un baja lenguas o con laringoscopio, se deberá remitir a un especialista o a un hospital de mayor complejidad donde se pueda resolver el accidente.

Ocasionalmente se puede requerir de toma previa de rayos X para ubicar el cuerpo extraño y definir si es posible extraerlo del nivel donde se encuentra o si por el contrario el usuario requiere de tratamiento por especialista.

INSTRUMENTAL Y EQUIPO MÉDICO QUIRÚRGICO

- Fotóforo o lámpara cuello de cisne o cielítica.
- Laringoscopio.
- Gafas o careta protectora.
- Guantes estériles.
- Gasas.
- Hojas de bisturí.
- Jeringas.
- Agujas.
- Anestésico local para infiltrar y en spray.
- Baja lenguas.
- Sedantes (para menores de edad).
- Mango de bisturí.
- Pinzas para extracción de cuerpo extraño.
- Pinzas mosquito.
- Equipo de sutura.
- Bandeja para manejo del material estéril y contaminado.

TÉCNICA DEL PROCEDIMIENTO

Tiempo aproximado: depende del criterio médico.

1. Preparar el material a utilizar previamente.
2. Establecer presencia de cuerpo extraño.
3. Crear ambiente de comunicación y confianza entre el profesional y el usuario.

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	29 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



4. Explicar el procedimiento e informar la razón para realizar el procedimiento, asegurar su colaboración y tranquilizar sobre posibles complicaciones.
5. Obtener el consentimiento informado.
6. Ubicar al usuario en la camilla y cerciorarse de que esté en la posición adecuada.
7. Aplicar anestésico local en spray en la zona donde se localiza el cuerpo extraño.
8. Intentar la extracción con una pinza si se visualiza fácilmente el cuerpo extraño. El paciente abrirá la boca, se deprime su lengua con un baja lenguas o depresor, y se extrae el cuerpo extraño utilizando unas pinzas finas con buena iluminación y colaboración del usuario.
9. Inmovilizar a los menores de edad. Si es necesario sedarlos (siempre en presencia de un adulto responsable), luego proceda a abrir la boca del paciente, utilice la barbilla para ejercer palanca, introduzca su dedo por el interior de una de las mejillas, para extraer el cuerpo extraño. En ocasiones se requiere coger y halar la lengua del menor con gasa para poder visualizar adecuadamente. Utilice su dedo como un gancho o utilice una pinza para la extracción de cuerpo extraño.
10. En algunas oportunidades se requiere de laringoscopia directa.
11. Sacar el elemento o cuerpo extraño, luego hacer hiperextensión (Levantar la barbilla para mejorar el paso del aire).
12. Se debe observar al paciente para detectar signos de complicaciones como obstrucción de las vías aéreas o reacciones adversas a los anestésicos locales si estos se utilizaron.

COMPLICACIONES

- Persistencia de trozos del cuerpo extraño.
- Bronco aspiración: Accidentalmente se puede empujar el cuerpo extraño hacia adentro, con la posibilidad de que pase al árbol respiratorio y ocasione la asfixia del individuo y provoque tos, disnea y sofocación.
- Incrustación del cuerpo extraño en vías digestivas: el cuerpo extraño puede pasar al esófago lo que produce dificultad al tragar y sensación de dolor u opresión por dentro del pecho. Si esto ocurre se deberá trasladar a hospital de mayor complejidad para extracción mediante esofagoscopia, técnica que consigue la visualización del esófago introduciendo un visor (esofagoscopio) al que se acoplan

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	30 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



en el extremo unas pinzas para capturar dichas sustancias. A veces es necesario recurrir a una cirugía para extraer el objeto.

- Puede ocurrir perforación (durante el accidente o por el procedimiento) del esófago dando paso a enfisema subcutáneo e infección que puede llegar a requerir hospitalización y cirugía.
- Mediastinitis (fiebre, taquicardia, dolor retroesternal, compromiso del estado general).
- Absceso retrofaringeo (fiebre, disfagia, rigidez cervical, hiperextensión de cabeza y cuello, tumefacción cervical, odinofagia, disfagia y voz apagada, disnea y dolor cervical en las primeras 24 horas post extracción del cuerpo extraño).
- Numerosos autores creen necesaria la profilaxis antibiótica, en todos aquellos pacientes que tras ingesta de cuerpos extraños y retirada de los mismos, se sospeche que puedan presentar lesiones faríngeas o esofágicas, incluso inaparentes, dado el mecanismo de producción, las complicaciones y la potencial letalidad de este cuadro.

RECOMENDACIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO

Entregar las siguientes instrucciones por escrito:

- Consultar si persiste dolor o dificultad para la deglución o la respiración
- Buscar ayuda médica inmediatamente si nota aire debajo de la piel (enfisema subcutáneo) o hinchazón del cuello asociada o no a fiebre.
- Regresar si hay dolor, taquicardia o fiebre.
- Tomar los medicamentos ordenados por el médico.
- Aunque todo procedimiento médico-quirúrgico busca solucionar el problema primario con el menor daño posible de los tejidos involucrados, en ocasiones no hacer algún daño es una tarea francamente imposible y puede ocurrir que se dé lugar a laceraciones de los tejidos o imposibilidad para retirar en su totalidad el cuerpo extraño, lo que ocasionaría persistencia de síntomas y necesidad de consultar nuevamente.
- En general debe de evitar cualquier situación de riesgo y en los niños evitar que se lleven a la boca objetos pequeños o frutos secos.

Código:	PM02 MA 05	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES	
Versión:	01		
Vigente a partir de:	01/10/2019		
Página:	31 de 59		

5.3.7 TAPONAMIENTO NASAL ANTERIOR

INTRODUCCIÓN

La principal causa de taponamiento nasal anterior es la epistaxis, el 90% del sangrado proviene del plexo de Keisselbach donde la mucosa nasal es delgada; puede ser secundario a microtraumatismos, rinitis atrófica o alérgica, desviación septal, perforación septal u otras causas locales; el resto se produce por causas sistémicas, enfermedades hemorrágicas o infecciosas como virosis, vasculares (HTA, arterioesclerosis), hemáticas (leucemia, púrpura), etc.

La irrigación nasal está dada por las ramas de la carótida interna: etmoidal anterior (parte anterior del tabique), etmoidal posterior (parte posterior de fosas nasales), y ramas de la carótida externa: eseno palatina y palatina superior que irrigan la parte posterior de los cornetes y tabique, su anastomosis forma el plexo de Keisselbach.

La mayoría de las epistaxis son auto limitadas, o ceden mediante la compresión externa y/o colocación de algodón en ocasiones embebido con agua oxigenada o en una solución vasoconstrictora como EPISTAXOL. Sin embargo en ocasiones la hemorragia persiste o recidiva con facilidad y entonces requiere una cauterización o un taponamiento.

La cauterización solo cuando es un pequeño punto hemorrágico y puede ser con nitrato de plata.

DEFINICIÓN

Es el procedimiento por el cual se introduce en las fosas nasales en forma progresiva y con ayuda de una pinza en bayoneta una gasa impregnada de una solución oleosa con antibiótico.

INDICACIONES

- En epistaxis de la fosa nasal anterior que no cede a la compresión digital, al uso de vasoconstrictores locales, cauterización o cuando no se observa el sitio del sangrado nasal.
- Epistaxis anterior persistente.
- Epistaxis anterior recidivante.
- Epistaxis posterior (combinando con taponamiento nasal posterior).

CONTRAINDICACIONES

Fractura de base de cráneo con fístula de líquido cefalorraquídeo (riesgo de meningitis por oclusión nasal).

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	32 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



INSTRUMENTAL

- Mesa para instrumental.
- Delantal protector impermeable.
- Careta protectora.
- Fotóforo o fuente de luz directa.
- Pinza en bayoneta.
- Riñonera metálica.
- Aspirador y sondas para aspiración.
- Sillas para médico y paciente, del mismo tamaño.
- Espéculo nasal.

MATERIALES Y EQUIPO

- Mecha de gasa para taponamiento nasal de 7-10 cm. de largo o Gasas de tull o esponja de gelatina hemostática o tiras hemostáticas.
- Lidocaína al 2% con epinefrina.
- Torundas de algodón pequeñas.
- Guantes quirúrgicos.
- Ungüento antibiótico (tetraciclina, nitrofurazona, ácido fusídico).

TÉCNICA DEL PROCEDIMIENTO

Tiempo aproximado: depende del criterio médico.

1. Preparar el material a utilizar previamente.
2. Establecer presencia de cuerpo extraño.
3. Crear ambiente de comunicación y confianza entre el profesional y el usuario.
4. Explicar el procedimiento e informar la razón para realizar el procedimiento, asegurar su colaboración y tranquilizar sobre posibles complicaciones.
5. Obtener el consentimiento informado.
6. Pedir al paciente que se sienta con leve inclinación hacia delante y apoyando la barbilla en la riñonera metálica, se evalúa la necesidad de aspiración y se procede a esta si se requiere.
7. Humedecer las torundas de algodón en solución de lidocaína con epinefrina y aplicar en cada fosa nasal, retirarlas luego de la topicación.

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	33 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



8. Impregnar la mecha de gasa con ungüento antibiótico, dirigir la fuente de luz hacia la fosa nasal donde se coloca el espéculo nasal y con la pinza en bayoneta, iniciar la introducción de la mecha de gasa en el fondo de la fosa nasal haciendo presión sobre el piso en sentido horizontal de atrás hacia delante y de abajo hacia arriba, de manera que quede toda la fosa nasal ocluida desde el piso hasta el techo y desde la coana al vestíbulo; siempre se debe hacer bilateral,
9. Dejar el taponamiento entre 3-5 días o más si presenta múltiples traumas en cara o no se han controlado los factores que predisponen al sangrado (HTA-discrasia sanguínea).
10. Iniciar un antibiótico vía oral de amplio espectro (cefalexina, cefradina, amoxicilina), 500 mg cada 6 horas durante el tiempo que tenga el taponamiento.

COMPLICACIONES

- Necrosis del tabique por aumento de presión del taponamiento sobre éste.
- Ingreso de sangre a la trompa de Eustaquio con el consecuente dolor e infección.
- Sinusitis secundaria a disminución del drenaje de senos paranasales.

RECOMENDACIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO

Entregar las siguientes instrucciones por escrito:

- No retirar mechas sin autorización médica.
- Informar al médico si detecta la punta de mecha en orofaringe.
- Consultar si hay otalgias (dolor en oído) o dolor nasal.
- Evitar ambientes calurosos y posiciones que aumenten la presión sanguínea craneana.
- Tomar correctamente los antibióticos.
- Consultar si el sangrado continúa a pesar de tener el taponamiento.
- Aplicación de hielo local por períodos de 30 minutos durante las primeras 6 horas.
- Indicarle al paciente que debe solicitar cita de revisión setenta y dos (72) horas después del procedimiento.

OTRAS CONSIDERACIONES

MANEJO PREVIO AL TAPONAMIENTO

En las epistaxis, como en todos los cuadros hemorrágicos, las medidas iniciales van dirigidas al control de las constantes vitales y la estabilización del paciente. Para el tratamiento de

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	34 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



la hemorragia nasal conviene tranquilizar al paciente, sentarlo para disminuir la presión sanguínea cefálica y limpiar los coágulos de la nariz. En este sentido, es útil que el paciente se suene y/o hacerle lavados con suero frío y agua oxigenada. Si la hemorragia persiste, el paciente debe realizar compresión externa de su nariz en las alas nasales durante 10 min. Este tiempo se aprovecha para preparar el material para el taponamiento.

Al soltar la compresión se inserta el espéculo nasal horizontalmente y se abre para visualizar el tabique nasal y la cabeza del cornete inferior. (**Figura 2**)

De nuevo conviene limpiar la nariz de sangre y secreciones, mediante aspirador si es posible, para identificar el punto sangrante.

Figura 1.



Si se localiza un punto único, con un débito pequeño de sangre, se puede realizar una cauterización. Esta maniobra se realiza de forma concéntrica alrededor del punto, nunca directamente sobre él, ya que esto abriría todavía más el vaso sangrante.

Es preferible evitar la cauterización de áreas amplias en ambos lados del tabique, dado que se podría necrosar el cartílago subyacente y causar una perforación septal.

Cuando no se identifica el origen de la epistaxis o la hemorragia es demasiado profusa, se insertan unas tiras de algodón empapadas con solución de anestésico vasoconstrictor y se mantienen durante 10-15 min. Si persiste la hemorragia debe colocarse un taponamiento anterior, pero si al explorar la orofaringe se ve que cae más sangre que la que sale por las fosas nasales será necesario realizar un taponamiento nasal posterior.

En la mayoría de ocasiones el taponamiento nasal anterior debe realizarse de forma bilateral para ejercer presión en los dos lados del tabique. La existencia de una desviación del tabique nasal puede dificultar la colocación del taponamiento en una de las fosas nasales.

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	35 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



TÉCNICA DEL PROCEDIMIENTO

El taponamiento anterior puede realizarse mediante:

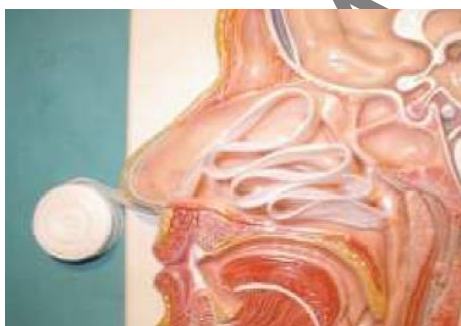
- Tira de gasa continua.
- Gasas de tul.
- Esponja de gelatina hemostática.
- Tiras de celulosa hemostática.

Figura 2.



Con una mano se coloca el rinoscopio para dilatar la narina y con la otra mano se toma la gasa a 2-3 cm del extremo con las pinzas de bayoneta. La gasa debe estar impregnada de pomada antibiótica y se inserta a lo largo y paralela al suelo de la cavidad nasal, tan atrás como el paciente lo tolere (Figura 2).

Figura 3.



Se continúa colocando múltiples capas para formar un paquete en «acordeón» (**figura 3**), que se debe ir compactando en el suelo de la cavidad nasal. Pueden llegar a insertarse más de 150 cm de gasa hasta completar el taponamiento.

Código:	PM02 MA 05	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES	
Versión:	01		
Vigente a partir de:	01/10/2019		
Página:	36 de 59		

TAPONAMIENTO CON GASA DE TUL

Se utilizan láminas de apósito de gasa de tul de algodón enrolladas sobre sí mismas e impregnadas con vaselina y/o pomada antibiótica. Se colocan de manera similar a la gasa continua y suelen ser necesarias de cuatro a seis gasas para cada una de las fosas nasales.

Figura 4.



COPIA NO CONTROLADA

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	37 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



5.3.8 EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN PIEL

INTRODUCCIÓN

Hace referencia a la presencia de un objeto o cuerpo extraño que se incrusta en la piel. Dado la alta frecuencia de consulta en los diferentes puntos de atención de la ESE Metrosalud en relación con cuerpos extraños en piel y tejido celular subcutáneo surge la necesidad de desarrollar esta guía para unificar los criterios y la técnica de realización del procedimiento.

DEFINICIÓN

Es un objeto ajeno al organismo, que por una puerta de entrada penetra a él y se queda debajo de la piel produciendo un proceso irritativo, inflamatorio o infeccioso local.

Un cuerpo extraño puede simular hinchazón y provocar la formación de granuloma, sin señales de infección aguda. Objetos como astillas de madera, espinas, partículas de vidrio, puntas de agujas, anzuelos, puntas de lápices, proyectiles palpables, espinas y pelo humano, pueden provocar hinchazones crónicas dolorosas acompañadas de fibrosis por cuerpo extraño. Estas lesiones deben extirparse por disección cuidadosa, empleando anestesia y torniquete.

Donde hay materiales extraños, son necesarios pocos microorganismos para producir infecciones en heridas que en tejidos normales. Debe sospecharse la presencia de un cuerpo extraño en toda herida abierta o penetrante. Muchos objetos no son radio opacos, como madera, ropa, la mayor parte de vidrios y algunos plásticos. La respuesta a cuerpos extraños suele incluir inflamación. Este proceso origina la acumulación de células infiltrativas elaboradores de factores que pueden afectar otras células in situ.

ETIOPATOGENIA

La etiopatogenia de los cuerpos extraños residuales en tejidos blandos, se asocia en un 100% al trauma, ya sea leve moderado o severo y que en mucho se encuentra relacionado con la actividad laboral del individuo, su relación con el medio ambiente ya sea urbano o rural, así como a producto de acciones belicosas.

Es importante establecer la etiología de estas lesiones, ya que las reacciones de los tejidos varían de acuerdo a su naturaleza siendo los materiales más frecuentemente encontradas: vidrio, metal y madera. Las de origen orgánico son las que producen reacciones más severas en los tejidos, con importancia también por su tamaño y localización, ya que algunas producen tatuajes. Otras, como los proyectiles de arma de fuego, por su velocidad se mantienen estériles dentro de los tejidos, y otros como la madera pueden evolucionar hacia celulitis severas y a la formación de abscesos.

En algunos casos los metales pueden producir oxidación en los tejidos y degenerar en tumoraciones malignas por lo que es recomendable la extracción de los mismos.

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	38 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



Histológicamente, se aprecia una capa fibrosa abundante, la cual rodea al cuerpo extraño, además de una reacción granulomatosa intensa que puede evolucionar a la forma quística o a la presencia de grandes masas de contenido purulento.

INDICACIONES

- En el caso de cuerpos extraños palmares se recomienda remisión al especialista.
- En el caso de un cuerpo extraño subungueal, el cual queda profundo y ha pasado inadvertido durante varios días, hay que cortar la uña, limpiar el dedo y aplicar cremas locales de manera que se localice el cuerpo extraño. Una presión cuidadosa, al cabo de pocos días o una semana suele lograr la expulsión del cuerpo extraño. Por ejemplo, una persona puede romper la punta de un lápiz debajo de la uña y solo quedar visible una mancha oscura. Deben evitarse los intentos repetidos de extraer esta punta. Hay que cortar la uña, conservar el dedo limpio y protegido y el cuerpo extraño generalmente es expulsado en un plazo de 7 a 10 días por compresión general. Posteriormente aplicar toxoide tetánico si el paciente no ha sido protegido previamente. Las lesiones subungueales o las hinchazones de tipo paroniquia que no responden al tratamiento ordinario deben sospecharse que están provocadas por hongos, cuerpos extraños o neoplasias, como un epiteloma o un queratoacantoma.
- En heridas fuertemente contaminadas o en las cuales no pueden suprimirse bien todos los cuerpos extraños o los tejidos desvitalizados, el uso de un cierre primario retrasado en la mayor parte de casos disminuye considerablemente el desarrollo de infecciones graves. Empleando esta técnica, las de piel y tejido subcutáneo se dejan abiertas y taponadas sin presión empleando gasas. El número de células fagocíticas en los bordes de la herida aumenta progresivamente hasta alcanzar el máximo, cuatro a cinco días después de producirse la lesión. Por entonces la producción de yemas capilares es intensa y el cierre muchas veces puede lograrse con buen resultado incluso en presencia de grave contaminación bacteriana, ya que pueden ser liberadas en la zona células fagocitarias en número considerable. Se ha comprobado experimentalmente que el número de microorganismos para iniciar una infección en una incisión quirúrgica aumenta progresivamente a medida que es mayor el intervalo de curación hasta el quinto día postoperatorio.
- En el caso de cuerpos extraños que han producido tejido crónico de granulación se deben extirpar por disección cuidadosa, empleando anestesia y torniquete como se mencionará más adelante.

MATERIALES, EQUIPO E INSTRUMENTAL

- Porta agujas, cantidad 1
- Pinzas hemostática curva cantidad 1, recta cantidad 1
- Mango bisturí #3 ó 4, cantidad 1
- Tijera de tejido, cantidad 1

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	39 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



- Tijera de material, cantidad 1
- Pinza con garra, cantidad 1
- Pinza de tejido, cantidad 1
- Separadores de piel, cantidad 2
- Jeringa con aguja (2cc, 5 cc), cantidad 1
- Aguja adicional para tejido, cantidad 1
- Gasas
- Algodón
- Sutura mononylon del # 2 al 6
- Sutura auto absorbible del # 2 al 5
- Seda de algodón, para ligadura #2 al #4
- Campo quirúrgico con ojo
- Cielítica, lámpara cuello de cisne o fuente de luz
- Hoja de bisturí, #10-12 • Guantes estériles y no estéril • Jabón yodado.
- Anestésico local.
- Cinta para piel (micropore).
- Solución para irrigar.
- Equipo de bioseguridad según manual.
- Vacuna td o toxoide tetánico y antitoxina tetánica.
- Elementos de magnificación óptica, lupas, gafas de aumento, microscopio.
- Detector de metales tipo bolígrafo.
- Cortafrío.
- Electrocoagulador.

TÉCNICA DEL PROCEDIMIENTO

Tiempo aproximado: 40 minutos.

1. Obtenga radiografías si sospecha cuerpos extraños, en caso de necesidad.
2. Realice asepsia y antisepsia de la piel con un antiséptico.
3. Anestesia local con lidocaína al 1 al 2 %, no utilizar anestesia pesada al 5 % y evitar en lo posible anestésicos con epinefrina por el riesgo de necrosis local de tejidos como nariz, oreja, pulpejos y pene.

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	40 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



4. Irrigación con solución salina para remover coágulos y contaminaciones mayores. Realice con cuidado desbridamiento de todos los tejidos debilitados en caso de cuerpos extraños en heridas traumáticas o agudas.
5. El sangrado de los vasos, deberá ser ligado bajo visión directa.
6. En caso de heridas con cuerpo extraño, si es necesario ampliar la herida, para mejor presentación del campo quirúrgico, si es por una aguja, hacer una incisión en S itálica la cual dará dos medias lunas de concavidad contraria, lo que facilitará la exposición del campo quirúrgico.
7. Si es un anzuelo, no intentar devolverlo, se debe continuar su recorrido cortando el ojo con un cortafrío, para evitar incrementar el trauma.
8. En caso de granuloma de cuerpo extraño se debe remover por medio de incisión en ojo de pescado y suturar la herida afrontando sus bordes. El cierre de la herida debe ser con mínima tensión. Use suturas subcutáneas que obliteren los espacios muertos con objeto de evitar hematomas e infección.
9. Los puntos de sutura se dividen en dos grandes grupos, separados y continuos.
 - Los puntos continuos solo deben ser hechos en heridas con baja posibilidad de infección. Tienen ventaja de hacerse más rápidamente y tener la tensión uniformemente distribuida.
 - El punto sencillo es el más universal y se puede usar en cualquier tipo de herida. Consiste en un simple lazo anudado a uno y otro lado de la herida. Su objetivo es conseguir enfrentar los bordes de la piel con precisión y sin que haya sobre posición de sus márgenes. Una tendencia general hacia una ligera elevación de la línea de sutura ayuda a asegurar un completo contacto dérmico y mantiene la no inversión de los bordes de la herida.
10. Las heridas con bordes invertidos curan más lentamente y causan peores cicatrices. Además las heridas umbilicadas crean una sombra que las hace llamativas. El punto de colchonero tanto vertical como horizontal suele ofrecer muy buena eversión de los bordes de la herida lo cual es un efecto deseable inicialmente y se puede combinar con puntos sencillos obviamente cuidando de no darles excesiva tensión (la tensión favorece la isquemia y la infección).
11. Los puntos de vértice son los primeros que se deben hacer en una sutura para favorecer la correcta alineación. La sutura continua se puede iniciar siempre con un

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	41 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



punto sencillo. Dentro de las suturas sencillas la cruzada y la sutura en U, produce muy buen afrontamiento de los tejidos y de paso hemostasia, por esa razón se usan de preferencia en áreas como cuero cabelludo. La sutura intradérmica tiene la ventaja de que no deja marca en la piel y por lo tanto se puede dejar en el tejido por dos o tres semanas si se requiere.

12. Los clavos plantares se debe hacer resección en cono, profundizando hasta el vértice de este y posterior electrocauterización.
13. Los proyectiles de arma de fuego se deben extraer si se encuentran en tejido celular subcutáneo palpable. Generalmente se hace mayor daño al hacer exploración que dejándolos in situ (seguir las normas de cadena de custodia).
14. Observe periódicamente el drenaje o la infección.

CONTRAINDICACIONES

Contraindicaciones para cierre primario en la extracción de cuerpo extraño

- Heridas inflamadas o infectadas.
- Heridas sucias, contaminadas o con más de 8 horas de evolución, excepto en la cara.
- Heridas con gran contaminación bacteriana.
- Heridas que no pueden desbridarse adecuadamente.
- Heridas por mordedura humana o animal, excepto las de la cara.
- Las heridas abiertas, deberán ser limpiadas, desbridadas y cubiertas con apósito de gasa.
- Los antibióticos están indicados para celulitis e infecciones, paciente inmunocomprometidos, diabéticos y mordeduras.
- El cierre primario tardío, puede ser realizado después de varios días de cambio de apósitos, libre de tejido desvitalizado y de infección activa.

TIEMPO DE RETIRO DE LOS PUNTOS DE SUTURA

- Cara: cinco días.
- Resto del cuerpo: 7 días.
- Excepciones:
Párpados: 3 días (piel muy delgada).

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	42 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



Rodillas, piernas, pie, palma y orejas: 10 – 14 días, debido a la fácil dehiscencia en estas zonas. Dejar la sutura mucho tiempo favorece la marca definitiva en la piel, por lo que no se utiliza en la cara.

Cintas (micropore): se deben utilizar también como complemento de las suturas, después de retirar los puntos, al menos dos semanas para mantener afrontados los bordes.

COMPLICACIONES

- Infección herida. Las producidas de 24 - 48 horas, son producidas por streptococo del grupo A y clostridium. Usualmente se evidencia 3 - 7 días después del procedimiento con fiebre, calor, rubor, dolor y usualmente fluctuación. Puede haber drenaje. Los patógenos comunes son el streptococo, staphylococco y gram negativos.
- Fascitis necrotizante: Requiere desbridamiento quirúrgico agresivo. Se trata de una infección polimicrobiana, comprometiendo tejido celular subcutáneo y la fascia.
- Colecciones en la herida: seromas y hematomas: Se debe realizar drenaje del seroma a través de una aspiración estéril. El drenaje puede incrementar la incidencia de infección. Los hematomas expansivos, deben ser evacuados y controlar el sangrado. Los hematomas no expansivos pueden observarse y vigilar infección. Los hematomas evacuados pueden ser re suturados si son limpios y libres de infección.
- Compromiso vascular y necrosis isquémica: Esto es causado por compromiso arterial o venoso por tensión del tejido con estrangulamiento del tejido. El tejido necrótico debe ser desbridado.
- Dehiscencia de la herida: Separación de los ángulos de la herida: puede ser re suturada sino está infectada. De otra forma debe manejarse como herida contaminada.
- Restos de cuerpos extraños o fallas en su extracción. Si se considera necesario, requerirá uso de ayudas diagnosticas como rayos X, ecografía o re exploración.

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	43 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



RECOMENDACIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO

Entregar las siguientes instrucciones por escrito:

Vendajes y Cintas (micropore):

- Para heridas quirúrgicas limpias deberán permanecer en el lugar de 48 a 72 horas, para permitir la epitelización. Los vendajes deberán removerse antes si se llenan de sangre o material seroso o con posible infección. El vendaje ideal es estéril, de tamaño adecuado para la herida, absorbente y semipermeable.
- Para heridas contaminadas después de exhaustiva limpieza y desbridamiento se deberá colocar vendajes para promover hemostasia y drenaje. Cuando el vendaje cambia de seco a mojado, deberá ser cambiado cada 6 a 8 horas, para permitir el desbridamiento de la herida.
- La solución salina isotónica es recomendada por ser no tóxica.
- El jabón yodado, el ácido bórico al 2% y el ácido acético al 0.25% pueden inhibir la granulación del tejido. En heridas muy contaminadas, colonizadas o infectadas, estos antisépticos justifican su uso.

Profilaxis:

- Las heridas tetanógenas son: heridas mayores a 6 horas de evolución, mayores a 1 cm de profundidad y contaminadas, especialmente las que involucran metal oxidado, heces o tierra. Proyectiles, esquirlas y heridas con avulsión con debilitación del tejido son de alto riesgo.
- Verificar esquema de vacunación contra tétanos. En caso de encontrar un esquema incompleto o requerir refuerzo aplicar una dosis de td.
- En individuos no inmunizados o desconocido se deberá: Para heridas no tetanógenas aplicar 0.5ml de tetanol. Para heridas tetanógenas, 0.5 ml de tetanol y 250 unidades de inmunoglobulina inmune humana, usando diferentes agujas, jeringas y sitios de infección. La administración de antibióticos puede ser considerada.

Código:	PM02 MA 05	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES	
Versión:	01		
Vigente a partir de:	01/10/2019		
Página:	44 de 59		

- Las heridas producidas por accidente rábico, deberán notificarse según la norma y seguir protocolo correspondiente.

COPIA NO CONTROLADA

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	45 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



5.3.9 ONICECTOMÍA, CUÑA CURETAJE PLASTIA

INTRODUCCIÓN

Dado que la uña encarnada es una patología de alta frecuencia en nuestro medio se da la necesidad de prestar este servicio a la comunidad. La multicausalidad de la uña encarnada en nuestro medio se da por modas (zapato puntado y estrecho), por desaseo, obesidad y patologías asociadas como diabetes e inmunosupresión que son de difícil tratamiento.

Durante la evolución de la enfermedad se ve claramente que la respuesta al solo antibiótico no es suficiente puesto que la uña actúa como cuerpo extraño dentro del tejido y se necesita finalmente el procedimiento quirúrgico, el cual merma la incapacidad y el uso de analgésicos, antiinflamatorios y antibióticos.

La onicocriptosis o uña del pie encarnada es una afección común, con 10.000 nuevos casos por año en Reino Unido, (Sykes 1986) 20 por cada 100.000 personas cubiertas en atención primaria. Por lo general compromete al dedo grande del pie pero también puede afectar a los otros dedos (DeLauro 1995). Las personas que nacieron con una placa de la uña muy curva de lado a lado son propensas a tener uñas del pie encarnadas.

Las uñas del pie encarnadas se ven con mayor frecuencia en los adolescentes y los adultos jóvenes pero es un problema común en todos los grupos atareos. En la adolescencia los pies transpiran más, lo que hace que la piel y las uñas sean más blandas. El hecho de que las uñas sean blandas a menudo significa que se quiebran fácilmente, lo que produce espículas que pueden perforar fácilmente la carne.

En las personas mayores, el problema es generalmente crónico y se centra sobre todo en la falta de capacidad para cuidar las uñas debido a la menor movilidad o a la disminución de la visión. Como parte del proceso de envejecimiento natural las uñas del pie pueden engrosarse, por lo tanto es más difícil cortarlas y existen más posibilidades de que presionen la piel al costado de la uña.

La onicectomía total no ha demostrado tener mayores beneficios que la onicectomía cuña curetaje plastia.

DEFINICIÓN

Llamada en la terminología médica ONICOCRIPTOSIS. Es una entidad que aparece especialmente en la uñas de los artoes selectivamente en la de los primeros y cuyas etiologías son: obsesivo recorte del borde libre de la lámina ungueal, trauma, calzado estrecho y más raramente por defecto anatómico cuando el repliegue cutáneo lateral es prominente y voluminoso.

Sea como fuere, la lámina ungueal se incrusta entre la piel y causa un fenómeno de inflamación e infección secundaria, con dolor, calor, supuración e imposibilidad para usar el calzado y para la marcha.

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	46 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



INDICACIONES

La inmensa mayoría de estos problemas se solucionan mediante la explicación del fenómeno al paciente y el médico con un poco de anestesia o sin ella, introduce una pequeña motita de algodón por debajo de la lámina, en el extremo afectado; ese algodoncito sirve de palanca y desentierra la uña que va creciendo. El proceso empieza su resolución lo cual se debe favorecer con compresas limpiadoras, antibióticos, reposo y ausencia del calzado. Pero en otras ocasiones el paciente presenta además, en ese punto, un granuloma y entonces sería necesario con anestesia realizarle una electrocoagulación y curetaje de esa zona sobresaliente.

Algunos pacientes por ansiedad retiran la torunda de algodón y su proceso e incapacidad continúan, siendo necesario llevar a cabo una onicectomía cuña curetaje plastia con anestesia local, consistente en extraer una pequeña cuña longitudinal desde la matriz hasta el sitio donde está enterrada la uña, resolviéndose así el problema para nuestro enfermo.

Se sugiere que la uña encarnada tiene una incidencia mayor en personas tratadas por onicomycosis, 19 % de ellos necesitando cirugía. El mensaje es que tanto la avulsión más fenol como otros procedimientos quirúrgicos funcionan. Nueve de cada diez pacientes no tendrán una recurrencia sintomática a los 6 o más meses.

La onicectomía total está indicada en pacientes con onicomycosis, pues facilita la eliminación del foco y aplicación local de antifúngicos.

MATERIALES, EQUIPO E INSTRUMENTAL

- Porta agujas, cantidad 1
- Pinzas hemostática, recta, cantidad 1
- Mango bisturí #3 o #4, cantidad 1
- Tijera de tejido, cantidad 1
- Tijera de material, cantidad 1
- Pinza con garra, cantidad 1
- Pinza de tejido, cantidad 1
- Sonda acanalada, cantidad 1
- Jeringa con aguja de 5cc, cantidad 1
- Aguja adicional para tejido, cantidad 1
- Gasa estéril
- Algodón
- Sutura mononylon del # 2
- Campo quirúrgico con ojo

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	47 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



- Cielítica, lámpara cuello de cisne o fuente de luz
- Hoja de bisturí # 10-12
- Nitrofurazona ungüento (Furacín)
- Guantes estériles y no estériles
- Jabón yodado
- Anestésico local
- Cinta para piel (micropore)
- Solución para irrigar
- Equipo de bioseguridad según manual
- Electrocoagulador
- Fenol

TÉCNICA DEL PROCEDIMIENTO

Tiempo aproximado: 40 minutos.

1. Limpie la piel alrededor con un antiséptico. Estos agentes pueden dañar el tejido expuesto y deberán permanecer fuera de la herida.
2. Anestesia local con lidocaína al 1 al 2 %, no utilizar anestesia pesada al 5 % y evitar en lo posible anestésicos con epinefrina por el riesgo de necrosis local.
3. Anestesia para bloqueo troncular, bilateral a nivel de la falange proximal, 3 c.c. a cada lado y esperar 5 minutos para que actúe el anestésico. Aspirar antes de aplicar anestésico con objeto de verificar que no se aplique venoso o arterial.
4. Paciente que este con infección sobre agregada deber estar consumiendo antibiótico mínimo 5 días antes del procedimiento.
5. Irrigación con solución salina para remover coágulos y contaminaciones mayores. Realice con cuidado desbridamiento de todos los tejidos debilitados.
6. Cuando el paciente presenta un granuloma requiere realizar curetaje de esta zona sobresaliente y practicarle una electrocoagulación.
7. Extraer una pequeña cuña longitudinal desde la matriz hasta donde estaba enterrada la uña.
8. Con una sonda acanalada, se introduce por el reborde subungueal a extraer.
9. Luego con la tijera, introduciendo la parte puntiaguda subunguealmente se corta la cuña hasta el fondo o matriz y luego con una pinza se extrae la cuña.

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	48 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



10. Otros profesionales utilizan la sonda acanalada y la hoja de bisturí se desliza por el canal de la sonda hasta el fondo o matriz. Se debe tener precaución de no cortar la piel a nivel de la matriz. Seguidamente se extrae la cuña con pinza.
11. Cuando hay tejido redundante lateral o anterior que no sea un granuloma, el paciente requerirá una plastia en ojo de pescado. Esta consiste en una resección de tejido en forma de huso u ojo de pescado y luego se sutura afrontando los bordes incluyendo el lecho ungueal expuesto, logrando así que el tejido redundante disminuya de tamaño y de cabida a la salida de la nueva uña sin encontrar resistencia. Se debe usar monofilamento dos ceros, con puntos separados y retirarlos en 14 días.
12. El sangrado de los vasos, deberá ser ligado bajo visión directa, en caso de presentarse.
13. Los antibióticos están indicados para celulitis e infecciones, pacientes inmunocomprometidos y diabéticos. No se usan los antibióticos profilácticos después del procedimiento.
14. Agregar fenol cuando se realiza una avulsión simple de la uña disminuye la recurrencia sintomática, pero con una mayor infección postoperatoria. Si bien el uso de fenol será más apropiado y beneficioso para la mayoría de los pacientes, deben discutirse los riesgos y beneficios con cada paciente. Las pruebas indican que la avulsión simple de la uña combinada con el uso de fenol es más efectiva en la prevención de la recurrencia sintomática de uñas de pie encarnadas, en comparación con las técnicas de escisión quirúrgica sin el uso de fenol.

COMPLICACIONES

- Infección herida. Las producidas de 24 - 48 horas, son producidas por streptococo del grupo A y clostridium. Usualmente se evidencia 3 - 7 días después del procedimiento con fiebre, calor, rubor, dolor y usualmente fluctuación. Puede haber drenaje. Los patógenos comunes son el estreptococo, staphylococco y gram negativos.
- Fascitis necrotizante: Requiere desbridamiento quirúrgico agresivo. Se trata de una infección polimicrobiana, comprometiendo tejido celular subcutáneo y la fascia.
- Colecciones en la herida, seromas y hematomas: Se debe realizar drenaje del seroma a través de una aspiración estéril. El drenaje puede incrementar la incidencia de

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	49 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



infección. Los hematomas evacuados pueden ser re suturados si son limpios y libres de infección.

- Compromiso vascular y necrosis isquémica: Esto es causado por compromiso arterial o venoso por tensión y estrangulamiento del tejido. El tejido necrótico debe ser desbridado.
- Dehiscencia de la herida: Separación de los ángulos de la herida: puede ser re suturada sino está infectada. De otro forma debe manejarse como herida contaminada.
- Efectos tóxicos del anestésico al aplicar el bloqueo en vaso sanguíneo.

RECOMENDACIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO

Entregar las siguientes instrucciones por escrito:

- Vendajes: para la herida quirúrgica se debe aplicar un vendaje furasinado por 24 horas. Los vendajes deberán removerse antes si se llenan de sangre o material seroso o con posible infección. El vendaje ideal es estéril, de tamaño adecuado para la herida, absorbente y semipermeable.
- Se debe realizar curación diaria por una semana, de preferencia por personal de salud.
- El jabón yodado, el ácido bórico al 2% y el ácido acético al 0.25% pueden inhibir la granulación del tejido. En heridas muy contaminadas, colonizadas o infectadas estos antisépticos justifican su uso.
- Educación en el corte recto de la uña.
- Uso de calzado destapado luego del procedimiento, durante tres semanas.
- Cambio de actitud frente al uso de calzado estrecho y aseo ungueal.
- Uso de antiinflamatorios y analgésicos durante la primera semana.

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	50 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



5.3.10 SUTURA SUPERFICIAL

INTRODUCCIÓN

Dado el número elevado de heridas simples que se presentan a diario en los diferentes puntos de atención de Metrosalud, tanto traumáticos o accidentales y electivos surge la necesidad de desarrollar esta guía para unificar los criterios y la técnica de realización del procedimiento.

DEFINICIÓN

La herida superficial se define como aquella que compromete la piel en sus tres planos, epidermis, dermis y subdermis o hipodermis, de naturaleza por arma corto punzante, corto contundente, trauma o quirúrgica, sin comprometer capas internas como músculos, aponeurosis, huesos y vísceras. El objetivo de la sutura superficial que no comprometa planos profundos es la restauración de la superficie de continuidad de la piel.

INDICACIONES

- Las heridas traumáticas simples, que se presentan a diario en los diferentes centros asistenciales de Metrosalud que requerirán sutura superficial que no comprometa planos profundos.
- Igualmente los quistes menores, epidermoides y de tejido celular subcutáneo u otros procedimientos que requieran sutura superficial que se ajustan a la definición.

MATERIAL, EQUIPO E INSTRUMENTAL

- Porta agujas, cantidad 1
- Pinzas hemostática curva cantidad 1, recta cantidad 1
- Mango bisturí #3 ó 4, cantidad 1
- Tijera de tejido, cantidad 1
- Tijera de material, cantidad 1
- Pinza con garra, cantidad 1
- Pinza de tejido, cantidad 1
- Pinza pequeña de garra y tejido para sutura cara
- Jeringa con aguja (2cc, 5 cc) cantidad 1
- Aguja adicional para tejido, cantidad 1
- Gasa estéril
- Algodón

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	51 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



- Sutura mononylon del # 2 al 6
- Sutura auto absorbible del # 2 al 5
- Seda de algodón, para ligadura #2 al #4
- Campo quirúrgico con ojo
- Cielítica, lámpara cuello de cisne o fuente de luz
- Hoja de bisturí, #10 al 12
- Guantes estériles y no estériles
- Jabón yodado
- Anestésico local
- Cinta para piel (micropore)
- Solución para irrigar
- Equipo de bioseguridad según manual
- Vacuna TD o toxoide tetánico y antitoxina tetánica

TÉCNICA DEL PROCEDIMIENTO

Tiempo aproximado: 40 minutos.

HERIDA TRAUMÁTICA

Valoración inicial

- Excluir presencia de lesiones más graves, que tengan prioridad en el tratamiento.
- Historia clínica: hora de producción, mecanismo, lugar, cuidados dados antes de llegar a urgencias, inmunización contra tétanos y alergias medicamentosas Resuelva la urgencia primaria, realizar el "CBA" de la reanimación.
- Obtenga radiografías si sospecha fracturas o cuerpos extraños.
- Limpie la piel alrededor con un antiséptico. Estos agentes pueden dañar el tejido expuesto y deberán permanecer fuera de la herida. Corte el pelo de ser necesario, pero nunca afeite las pestañas.
- Antes de la sutura verificar el compromiso vascular-nervioso y osteotendinoso.
- Anestesia local con lidocaína al 1 al 2 %, no utilizar anestesia pesada al 5 % y evitar en lo posible anestésicos con epinefrina por el riesgo de necrosis local de tejidos como nariz, oreja, pulpejos y pene.
- Irrigación con solución salina para remover coágulos y contaminaciones mayores. Realice con cuidado desbridamiento de todos los tejidos debilitados.

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	52 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



- El sangrado de los vasos deberá ser ligado bajo visión directa.

Cierre de la herida

- Cierre primario: algunos autores consideran que el período de oro para el cierre de una herida es de 6 horas, sin embargo, heridas con bajo riesgo de infección se pueden reparar en las primeras 24 h en cara y en menos de 12 horas, en otras partes del cuerpo.
- Cierre por segunda intención: en algunos casos es mejor dejar la herida abierta para que cicatricen mediante granulación y re epitelización, por ejemplo, heridas ulceradas, heridas con mucho tiempo de evolución o infectadas, y algunas mordeduras de animales.
- Cierre primario tardío (terciario): considerarlo después que disminuya el riesgo de infección, tras 3 - 5 días en aquellas heridas muy contaminadas y asociadas a daño extenso, pero que no tienen pérdida de tejido ni desvitalización importante.
- Las heridas con mínima contaminación, sangrado controlado y sin cuerpos extraños, pueden ser cerradas primariamente, es decir cicatrización aproximando los tejidos.

Preparar la herida para la sutura

Hemostasia:

- Presión manual sobre la herida con una gasa estéril.
- Adrenalina 1:1.000.
- Infiltración de lidocaína con adrenalina.
- Corte pelo: Si interfiere en la reparación de la herida cortar con tijeras.
- Nunca cortar el pelo de las cejas. Asepsia y antisepsia de herida.
- Irrigación: paso importante para reducir la contaminación bacteriana y prevenir la infección.
- Valoración de cuerpo extraño: debemos buscar cuerpos extraños en áreas profundas, tras anestesiarse la herida. Desbridamiento si es necesario.

Anestesia de la herida:

Anestésicos locales

- Lidocaína 1-2% con/sin adrenalina
- Bupivacaína: útil en heridas en las que la reparación vaya a ser prolongada, ya que su efecto es más prolongado que el de la lidocaína.

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	53 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



TÉCNICA DE INFILTRACIÓN:

Limpiar la piel alrededor de la herida con antisépticos. La infiltración se realiza con aguja de calibre fino (24- 27 G), se introduce el bisel de la aguja paralelo a la superficie cutánea y se realiza una inyección lenta en los bordes de la herida profundizando según sea la herida. Bloqueos regionales: se inyecta el anestésico en un punto del trayecto teórico de un tronco nervioso.

En dedos se inyecta en ambas caras laterales de la base de la falange proximal, para lo cual se introduce perpendicularmente la aguja de calibre fino (25 G) hasta tocar el periostio, se retira ligeramente y se infiltra el anestésico local sin adrenalina.

En heridas de labio inferior se puede utilizar el bloqueo del nervio infraoral inyectando el anestésico en el surco gingival a nivel anterior e inferior del segundo premolar.

En heridas de labio superior y parte superior de mucosa oral se puede utilizar el bloqueo del nervio infraorbitario infiltrando el anestésico en el surco gingival superior a nivel del diente canino.

Analgesia y sedación sistémica: en heridas grandes en que el tiempo de reparación va a ser más largo.

El cierre de la herida debe ser con mínima tensión, use suturas subcutáneas que obliteren los espacios muertos con objeto de evitar hematomas e infección.

Observe periódicamente el drenaje o la infección.

Tipos de puntos: Los puntos de sutura se dividen en dos grandes grupos: separados y continuos.

Los puntos continuos solo deben ser hechos en heridas con baja posibilidad de infección. Tienen ventaja de hacerse más rápidamente y tener la tensión uniformemente distribuida.

El punto sencillo es el más universal y se puede usar en cualquier tipo de herida. Consiste en un simple lazo anudado a uno y otro lado de la herida. Su objetivo es conseguir enfrentar los bordes de la piel con precisión y sin que haya sobre posición de sus márgenes. Una tendencia general hacia una ligera elevación de la línea de sutura ayuda a asegurar un completo contacto dérmico y mantiene la no inversión de los bordes de la herida. Las heridas con bordes invertidos curan más lentamente y causan peores cicatrices. Además las heridas umbilicadas crean una sombra que las hace llamativas.

El punto de colchonero tanto vertical como horizontal suele ofrecer muy buena eversión de los bordes de la herida lo cual es un efecto deseable inicialmente y se puede combinar con puntos sencillos obviamente cuidando de no darles excesiva tensión (la tensión favorece la isquemia y la infección).

Los puntos de vértice son los primeros que se deben hacer en una sutura para favorecer la correcta alineación. La sutura continua se puede iniciar siempre con un punto sencillo.

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	54 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



Dentro de las suturas sencillas la cruzada y la sutura en U, produce muy buen afrontamiento de los tejidos y de paso hemostasia, por esa razón se usan de preferencia en áreas como cuero cabelludo. La sutura intradérmica tiene la ventaja de que no deja marca en la piel y por lo tanto se puede dejar en el tejido por dos o tres semanas si se requiere.

CONTRAINDICACIONES PARA CIERRE PRIMARIO

- Heridas inflamadas o infectadas.
- Sucias, contaminadas o con más de 8 horas de evolución, excepto en la cara; se debe realizar curetaje de los bordes libres hasta obtener el sangrado, máximo 16 horas después del trauma.
- Heridas con gran contaminación bacteriana.
- Heridas que no pueden desbridarse adecuadamente.
- Heridas por mordedura humana o animal, excepto las de la cara.
- Las heridas abiertas, deberán ser limpiadas, desbridadas y cubiertas con apósito de gasa.
- Los antibióticos están indicados para celulitis e infecciones, pacientes inmunocomprometidos, diabéticos y mordeduras.
- El cierre primario tardío, puede ser realizado después de varios días de cambio de apósitos, libre de tejido desvitalizado y de infección activa.

TIEMPO DE RETIRO DE LOS PUNTOS DE SUTURA

- Cara: cinco días.
- Resto del cuerpo: 7 días.
- Excepciones:
Párpados: 3 días (piel muy delgada).
Rodillas, piernas, pie, palma y orejas: 10 – 14 días, debido a la fácil dehiscencia en estas zonas. Dejar la sutura mucho tiempo favorece la marca definitiva en la piel, por lo que no se utiliza en la cara.

Cintas (micropore): se deben utilizar también como complemento de las suturas, después de retirar los puntos, al menos dos semanas para mantener afrontados los bordes.

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	55 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



COMPLICACIONES

- Infección herida. Las producidas de 24 - 48 horas, son producidas por streptococo del grupo A y clostridium. Usualmente se evidencia 3 - 7 días después del procedimiento con fiebre, calor, rubor, dolor y usualmente fluctuación. Puede haber drenaje. Los patógenos comunes son el streptococo, staphylococco y Gram negativos.
- Fascitis necrotizante: Requiere desbridamiento quirúrgico agresivo. Se trata de una infección polimicrobiana, comprometiendo tejido celular subcutáneo y la fascia.
- Colecciones en la herida: seromas y hematomas: Se debe realizar drenaje del seroma a través de una aspiración estéril. El drenaje puede incrementar la incidencia de infección. Los hematomas expansivos, deben ser evacuados y controlar el sangrado. Los hematomas no expansivos pueden observarse y vigilar infección. Los hematomas evacuados pueden ser re suturados si son limpios y libres de infección.
- Compromiso vascular y necrosis isquémica: Esto es causado por compromiso arterial o venoso por tensión del tejido con estrangulamiento del tejido. El tejido necrótico debe ser desbridado.
- Dehiscencia de la herida: Separación de los ángulos de la herida: puede ser re suturada sino está infectada. De otra forma debe manejarse como herida contaminada.
- Restos de cuerpos extraños o fallas en su extracción. Si se considera necesario, requerirá uso de ayudas diagnosticas como rayos X, ecografía o re exploración.

RECOMENDACIONES POSTERIORES AL PROCEDIMIENTO

Entregar las siguientes instrucciones por escrito:

Vendajes y Cintas (micropore):

- Para heridas quirúrgicas limpias deberán permanecer en el lugar de 48 a 72 horas, para permitir la epitelización. Los vendajes deberán removerse antes si se llenan de sangre o

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	56 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



material seroso o con posible infección. El vendaje ideal es estéril, de tamaño adecuado para la herida, absorbente y semipermeable.

- Para heridas contaminadas después de exhaustiva limpieza y desbridamiento se deberá colocar vendajes para promover hemostasia y drenaje. Cuando el vendaje cambia de seco a mojado, deberá ser cambiado cada 6 a 8 horas, para permitir el desbridamiento de la herida.
- La solución salina isotónica es recomendada por ser no tóxica.
- El jabón yodado, el ácido bórico al 2% y el ácido acético al 0.25% pueden inhibir la granulación del tejido. En heridas muy contaminadas, colonizadas o infectadas, estos antisépticos justifican su uso.

COPIA NO CONTROLADA

Código:	PM02 MA 05
Versión:	01
Vigente a partir de:	01/10/2019
Página:	57 de 59

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES



6. PROCEDIMIENTOS QUE SE REALIZAN EN LA SALA DE PROCEDIMIENTOS MENORES

Ver Instrucciones para procedimientos que se realizan en la sala de procedimientos menores.

Ver instrucciones cuidados en el hogar post procedimientos menores.

7. DEFINICIONES O CONCEPTOS:

No aplica.

8. BIBLIOGRAFÍA / WEBGRAFÍA

- Doc. Sociedad uruguaya de pediatría. (www. google)
- Drenaje quirúrgico de heridas 18/09/2005 (www. google)
- Guía de Higiene de Manos, Metrosalud, 2018.
- Hospital universitario comandante "Faustino Pérez" Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas Matanzas. Cuba – 2005
- Manual de Bioseguridad, Metrosalud, 2018.
- Manual de Esterilización, Metrosalud, 2018.
- Manual de Limpieza y Desinfección, Metrosalud, 2019.
- Manual Técnico de Higiene de Manos, OMS, 2009 V. 2
- Minsa.gov.ni/bris/monografías/
- Nichols; RL, Florman, S. Clinical Presentation of Soft Tissue Infections and Surgical Site Infections: Clin Infect-Dis 2001; 33 (Supl 2): S84- S93.
- Revista chilena de pediatría V77 N2 Santiago. Abril 2006
- Uruguay. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Servicio Informático. Sistema de Información Hospitalaria. Montevideo: CHPR, 2004.
- VeriMed Healthcare Network.
- Bluestone CD. Stool SE, Kenna MA, et al Emergencias, In: Pediatric Otolaryngology. 4th edition, Philadelphia, WB Saunders Co, 2001.
- Isaacson G, Pediatric, Otolaryngology. The Pediatric Clinics of North America. Volume 46 Number 6 1996.
- Manual de Urgencias en Pediatría, Novena edición, mayo de 2006.
- Urgencias Quirúrgicas, Echevarría, Ferrada, Ketenberg. Edición de octubre 15 2007 de American Family Physician hay una revisión clínica Cuerpos extraños en oído, nariz y garganta por Steven W. Heim, MD, MSPH, y Karen L. Maughan, MD de University of Virginia School of Medicine, Charlottesville, Virginia.
- Urgencias Quirúrgicas, Echevarría, ferrada, Kestenberg.
- Cibis W. Gerhard. Pedatric Oftalmology. St Luis Missouri. By Mosby, 1993.
- Clinical Ophthalmology Vol. 4 External Diseases Thomas Duane Revised Edition 2003
- Godde Lolly. J. L. Dufier. Oftalmología Pediátrica. Barcelona Mansson.1994.
- El Manual Merck, Novena edición, Mosby / Doyma Libros External Disesease and Cornea Section 8 American Academy of ophthalmology Basic and Clinical Science Course 2005-2006.
- Tiago RS, Salgado DC, Correa JP, et al. Foreign body in ear, nose and oropharynx: experience from tertiary hospital. Rev Bras Otorrinolaringol (Engl Ed). 2006 Mar-Apr; 72 (2): 177-81.

Código:	PM02 MA 05	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES	
Versión:	01		
Vigente a partir de:	01/10/2019		
Página:	58 de 59		

- Corvera-Bernardelli J, Corvera-Behar G, Martín-Armendáriz L. Otorrinolaringología. Academia Nacional de Medicina, Intersistemas, México, 2000; libro 2.
- Balbani AP, Sánchez TG, Butugan O. Ear and nose foreign body removal in children. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 1998 Nov 15; 46(1-2): 37-42.
- Lalakea ML, Messner AH. Retropharyngeal abscess management in children: current practices. Otolaryngol Head Neck Surg 1999; 121: 398-405.
- Morzaria S, Walton JM. Inflicted esophageal perforation. J Pediatr Surg 1998; 33: 871
- LAFUENTE ACUNA, N. I., ARGIBAY COCHON, J. C. y CASTRO OTERO, A. Absceso retrofaríngeo tras ingesta de cuerpo extraño. Medifam. [online]. mayo 2002, vol.12, no.5 [citado 13 Noviembre 2006], p.70-73. Disponible en la World Wide Web.
- PALACIOS SÁNCHEZ, María F., JORDANA COMIN, Xavier y GARCÍA SIVOLI, Carlos E. Med. oral patol. Oral cir. bucal (Ed.impr.). [Online]. nov.-dic. 2005, vol.10, no.5 [citado 12 Noviembre 2006], p.388-393. Disponible en la World Wide Web.
- Martín-Calderín A, Santos F. Epistaxis. En: Fernández-Vega M, editor.
- Urgencias en otorrinolaringología. Madrid: Editorial Garsi; 1991. p. 76-84.
- Morera E, Alfonso C. Epistaxis. En: Tomás M, García-Polo J, Tl G, editores.
- Manual de urgencias en otorrinolaringología. Vol 1. Barcelona: EdikaMed; 2001. p. 77-83.
- Marcela Hernández V, Carlos Hernández A, Juan Pedro Bergueret V. Hospital Clínico regional de Valdivia, Valdivia, Chile. Cuadernos de cirugía v19 n1 pag 54 -59 Valdivia 2005. Epistaxis. Consideraciones generales y manejo clínico.
- Jiménez, G. Cirugía plástica básica. Impresos litográficos Ltda. Primera edición, 1999, pg. 38 – 42.
- McGregor, I. Técnicas fundamentales en cirugía plástica y sus aplicaciones quirúrgicas. Tercera edición. Ediciones científicas y técnicas, Salvat S.A. 1993. Pg 3 - 22
- Sabiston, D. Tratado de Patología Quirúrgica. Interamericana. 11 Edición, 1982. Pg 310-313, 1530, 1601- 1605.
- Zuber TJ, Pfenninger JL. Ingrown toenails Removal. Am Fam Physician 2002; 65: 2547-50, 2551-2, 2554, 2557-8.
- Rounding C, Bloomfield S. Surgical treatments for ingrowing toenails. Cochrane Database Syst Rev. 2005; 18: CD001541.
- Evaluation of a surgical technique for the treatment of onychocryptosis patients treated at the Clínica Universitaria Bolivariana or Clínica Soma from January 1998 to December 2010. Ana Milena Montes, Luz Marina Gómez, Ángela Londoño, Yuliana Arias, Edna Martínez. Rev Asoc Colomb Dermatol. 2012; 20: 4 (Octubre-Diciembre), 322-329
- Heidelbaugh JJ, Lee H. Management of the ingrown toenail. Am Fam Physician. 2009; 79: 303-8.
- Executive summary: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. Resuscitation 2010; 81 Suppl 1:e1-25.
- Parra Caballero P, et al. Actualización en fascitis necrotizante. Semin Fund Esp Reumatol. 2012. doi:10.1016/j.semreu.2011.12.005.

Código:	PM02 MA 05	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES	
Versión:	01		
Vigente a partir de:	01/10/2019		
Página:	59 de 59		

9. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Manual de Bioseguridad

Guía prevención de infección de sitio operatorio ISO.

Guía higiene de manos.

ELABORADO POR:	
Nombre: Francisco Javier López Bernal.	Cargo: Subgerente Red de Servicios.
Nombre: Jailok Espitia Pérez.	Cargo: médico (a) general.
Nombre: Mauricio Seguro Sepúlveda.	Cargo: médico (a) general.
Nombre: Mónica Pino Yepes.	Cargo: médico (a) general.

CONTROL DE ACTUALIZACIÓN				
VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO O AJUSTE	RAZÓN DEL CAMBIO O AJUSTE	RESPONSABLE DEL CAMBIO O AJUSTE
01	28/06/2019	Se requería actualización de las guías individuales de procedimientos menores, debían consolidarse en un manual y estandarizar las conductas para cada procedimiento menor que se lleva a cabo en la red.	Se requería incorporar la información a los formatos institucionales vigentes y actualizar la conducta para cada procedimiento menor que se realiza en la empresa.	Subgerente Red de Servicios.