

TÉCNICAS DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

SECRETARÍA DE SALUD

Director General de Prestación de
Servicios Médicos y Urgencias



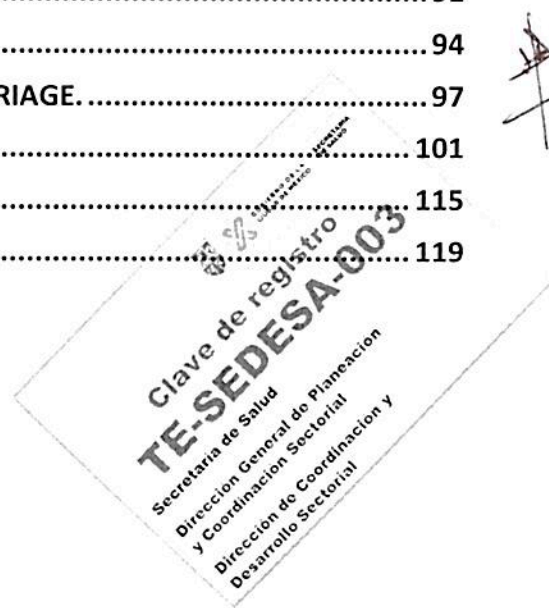
Dr. Ricardo Arturo Barreiro Perera



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. MARCO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO DE ACTUACIÓN	5
3. OBJETIVO DEL MANUAL	8
4. TÉCNICAS DE ENFERMERÍA.....	9
4.1 Lavado de Manos.....	9
4.2 Higiene de Manos	14
4.3 Medición de Constantes Vitales.	17
4.3.1 Medición de Temperatura Axilar o Inguinal.....	20
4.3.2 Medición de la Temperatura Rectal.....	20
4.3.3 Medición de la Frecuencia del Pulso.....	21
4.3.4 Medición de la Frecuencia Respiratoria.....	22
4.3.5 Medición de la Presión Arterial.....	22
4.3.6 Medición de la Frecuencia Cardíaca.....	23
4.4 Aspiración de Secreciones	24
4.4.1 Aspiración de Secreciones en Cavidad Oral.	25
4.4.2 Aspiración de Secreciones al Derechohabiente o Usuario con Traqueostomía.	26
4.4.3 Aspiración Endotraqueal con Sistema Cerrado.....	27
4.5 Lavado Gástrico.	28
4.6 Oxigenoterapia	31
4.6.1 Administración de Oxígeno en Incubadora.....	32
4.6.2 Oxígeno por Cánula Nasal	33
4.6.3 Oxígeno con Mascarilla con o sin Bolsa Reservorio.....	34
4.6.4 Oxígeno en Campana Cefálica (Cámara Transparente de Plástico Duro).....	35
4.7 Curaciones	36
4.8. Administración de Medicamentos.	38
4.8.1 Administración de Medicamentos por Vía Intravenosa	42
4.8.2 Administración de Medicamentos por Venoclisis.....	44

4.8.3 Administración por Vía Intramuscular	47
4.8.4. Administración por Vía Subcutánea.....	49
4.8.5. Administración por Vía Oftálmica	51
4.8.6 Administración por Vía Ótica	53
4.8.7. Administración por Vía Nasal.....	55
4.8.8 Administración por Vía Oral.....	57
4.8.9 Administración por Vía Rectal.....	59
4.8.10 Administración por Vía Tópica	61
4.9 Colaboración en la Intubación Orotraqueal.	63
4.10 Instalación de Catéter Venoso Periférico (C.V.P)	65
4.11 Instalación de Catéter Venoso Central por Punción (PICC)	70
4.12 Medición de la Presión Venosa Central (PVC).....	74
4.13 Movilización en Bloque.....	76
4.14 Colocación de Guantes Estériles.	78
4.15 Técnica de Colocación de Bata	79
5. ANEXOS	82
5.1 Asistencia al Derechohabiente o Usuario con Paro Cardiorespiratorio.....	82
5.2 Asistencia en la Cardioversión.....	86
5.3 Asistencia en la Desfibrilación	89
5.4 Asistencia en la Toracosentesis.....	91
5.5. Asistencia en el Drenaje Torácico.	94
5.6 Participación de Enfermería en la Realización del TRIAGE.....	97
5.7 Medidas de Aislamiento.....	101
5.8 Glosario de Términos	115
6. BIBLIOGRAFIA	119



1. INTRODUCCIÓN

Los Servicios de Urgencias de todos los Hospitales de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, son el Área donde se proporciona atención médica inmediata, a los derechohabientes o usuarios que acuden con un problema de salud que pone en peligro la vida; razón por la cual el profesional de enfermería asignado a estas áreas deberá estar capacitado para proporcionar el cuidado enfermero de manera efectiva.

Este manual se desarrolla como un documento técnico normativo que constituye una guía útil y de fácil entendimiento, para el personal de enfermería en la realización de las técnicas y/o procedimientos más frecuentes que se realizan en los Servicios de Urgencias al derechohabiente adulto y/o pediátrico.

Durante el desarrollo del manual se realiza una descripción del concepto, los principios, la técnica, medidas de control y seguridad de cada una de las técnicas; se incluye en apartado de anexos los pasos a seguir para el desarrollo de procedimientos asistenciales fundamentales como son: asistencia de enfermería durante el paro cardiorespiratorio, asistencia en la cardioversión, desfibrilación y participación de enfermería en la realización del Triage entre otros.

El presente documento se elabora con fundamento en las atribuciones de la Dirección General de Prestación de Servicios Médicos y Urgencias, establecidos en el Artículo 215 del Reglamento Interior de Poder Ejecutivo de la Administración Pública de la Ciudad de México.



2. MARCO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO DE ACTUACIÓN

Los principales ordenamientos jurídico-administrativos en que se sustentan las acciones del Área de Hospitalización son:

CONSTITUCIÓN

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 05 de febrero de 1917. Última Reforma el 20 de diciembre de 2019.
2. Constitución Política de la Ciudad de México, publicada en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México el 05 de febrero de 2017. Última reforma el 10 de diciembre de 2019.

LEYES

3. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 31 de diciembre de 1982. Última reforma el 18 de julio de 2016.
4. Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de febrero de 1984. Última reforma el 24 de enero 2020.
5. Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y la Administración Pública de la Ciudad de México, publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 31 de diciembre de 2018. Última reforma el 10 de enero de 2020
6. Ley que Establece el Derecho al Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos a las Personas Residentes en el Distrito Federal que Carecen de Seguridad Social Laboral, publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 22 de mayo de 2006.
7. Ley de Archivos del Distrito Federal, publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 08 de octubre de 2008. Última reforma 28 de noviembre de 2014.
8. Ley de Salud del Distrito Federal, publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 17 de septiembre de 2009. Última reforma el 05 de marzo de 2019.



REGLAMENTOS

9. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de mayo de 1986. Última reforma el 17 de julio de 2018.
10. Reglamento Interior del Poder Ejecutivo y de la Administración Pública de la Ciudad de México, publicado en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México el 2 de enero de 2019. Última reforma el 4 de diciembre de 2019.
11. Reglamento de la Ley que Establece el Derecho al Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos a las Personas Residentes en el Distrito Federal que Carecen de Seguridad Social Laboral, publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 04 de diciembre de 2006.
12. Reglamento de la Ley de Salud del Distrito Federal, publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 7 de julio de 2011. Última reforma el 13 de marzo de 2015.
13. Reglamento de Insumos para la Salud. Diario Oficial de la Federación el 04 de febrero de 1998. Última Reforma del Diario Oficial de la Federación el 14 de marzo del 2014.

DOCUMENTOS NORMATIVO-ADMINISTRATIVOS

14. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012.
15. Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010. Para la Prevención y el Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 10 de noviembre de 2010.
16. Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la Atención de Enfermos en situación terminal través de cuidados paliativos. Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 09 de diciembre del 2014.
17. Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012. Que Establece las Características Mínimas de Infraestructura y Equipamiento de Hospitales y Consultorios de Atención Médica Especializada, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 08 de enero de 2013.
18. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012. Para la Vigilancia Epidemiológica, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de febrero de 2013.

19. Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013. Para la Práctica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 02 de septiembre de 2013.
20. Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012. Que Instituye las Condiciones para la Administración de la Terapia de Infusión en los Estados Unidos Mexicanos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 18 de septiembre de 2012.
21. Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012. Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de Información en Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de noviembre de 2012.
22. Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013. Regulación de los Servicios de Salud que Establece los Criterios de Funcionamiento y Atención en los Servicios de Urgencias de los Establecimientos para la Atención Médica, Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 04 de septiembre de 2013.
23. Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005. Para la Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 20 de noviembre de 2009.
24. Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud Ambiental-Residuos Peligrosos Biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 17 de febrero del 2003.
25. Norma Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2016. Instalación y operación de la farmacovigilancia, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de julio de 2017.
26. Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012. Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 26 de octubre de 2012. Última reforma el 18 de septiembre de 2015.





GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



SECRETARÍA
DE SALUD

3. OBJETIVO DEL MANUAL

Contar con un documento técnico normativo actualizado que guíe las actuaciones del profesional de enfermería en la realización de las técnicas más frecuentes que se realizan en los servicios de urgencias de los hospitales de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.



4. TÉCNICAS DE ENFERMERÍA

4.1 Lavado de Manos

Concepto

Son las manobras de fricción que se realizan en las manos con agua y jabón.

Objetivo

Eliminar por arrastre los gérmenes transitorios y residentes de las manos, para evitar la transmisión de infecciones asociadas a la atención sanitaria.

Principios

- Los espacios interdigitales son reservorios de bacterias.
- La integridad cutánea evita la contaminación.
- El lavado de manos evita el crecimiento de microorganismos.

Material y Equipo

- Tarja
- Agua
- Alcohol gel
- Jabón
- Sanitas

Técnica de lavado de manos:

- Retirar reloj y alhajas de las manos.

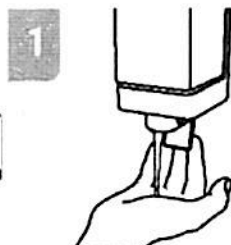




SECRETARÍA
DE SALUD

GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

- Humedecer las manos



- Frote las manos palma contra palma.



- Frote la palma izquierda contra el dorso de la mano derecha, entrelazando los dedos y viceversa.





- Repita el lado contrario: palma contra palma, entrelazando los dedos.



- Dorso de los dedos con la palma de la mano contraria.



- Dedo pulgar de la mano derecha “envuelto” en la palma de la mano izquierda, frotando circularmente; y viceversa.





GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MEXICO



SECRETARÍA
DE SALUD



- Punta de los dedos de la mano izquierda en la palma de la mano derecha, frotando circularmente en ambos sentidos, y viceversa.



- Enjuague las manos con agua.



- Seque las manos con cuidado con una toalla de papel desechable.

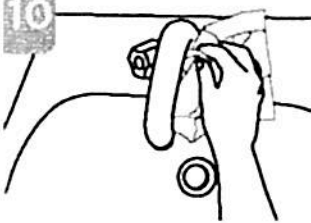


9



- Usar la toalla para cerrar el grifo de agua.

10



Medidas de Control y Seguridad

- Cerciorarse que los materiales estén completos y en buen estado.
- Esta técnica se deberá de realizar durante 40 a 60 segundos.
- Secar perfectamente y hacer énfasis en los pliegues y en los espacios interdigitales.
- Esta técnica se deberá de realizar en los 5 momentos correspondientes:
 - 1 Antes del contacto con el derechohabiente o usuario.
 - 2 Antes de realizar una técnica aséptica, aún cuando se vaya a utilizar guantes.
 - 3 Después del contacto con el derechohabiente o usuario.
 - 4 Después de haber tenido contacto con fluidos del derechohabiente o usuario.
 - 5 Después de tener contacto con el entorno del derechohabiente o usuario.



4.2 Higiene de Manos

Concepto

Es el procedimiento por frotación que se realiza en las manos con soluciones alcoholadas durante 20 a 30 segundos.

Objetivo

Eliminar por arrastre los gérmenes transitorios y residentes de las manos, para evitar la transmisión de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria y sus consecuencias para la seguridad del paciente.

Principios

- Los espacios interdigitales son reservorios de bacterias.
- La integridad cutánea evita la contaminación.
- El lavado de manos evita el crecimiento de microorganismos.
- Mejorar las prácticas de higiene de las manos en la asistencia sanitaria.

Material y Equipo

- Solución gel

Técnica de higiene de manos:

- Duración de todo el procedimiento: 20-30 segundos.
- Deposite en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir todas las superficies.

1a



1b





GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



SECRETARÍA
DE SALUD

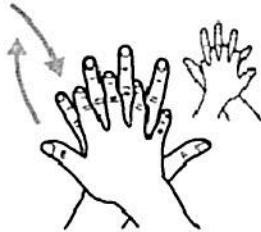
- Frótese las palmas de las manos entre sí.

2



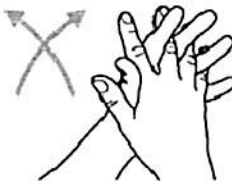
- Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.

3



- Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.

4



- Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;

5





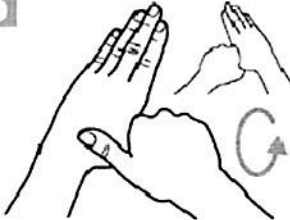
GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



SECRETARÍA
DE SALUD

- Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;

6



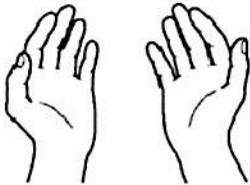
- Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.

7



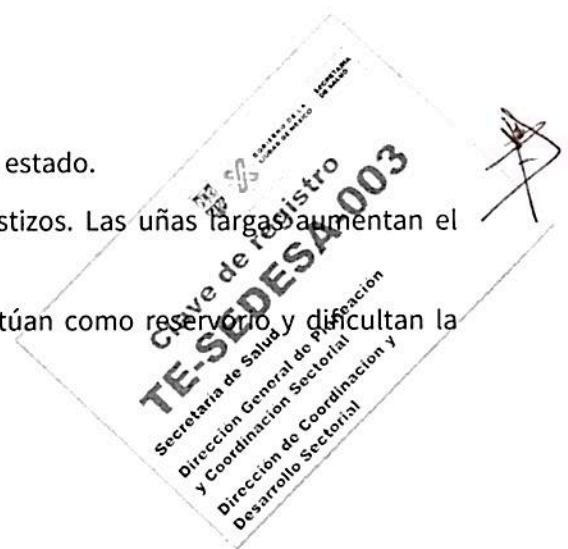
- Una vez secas, sus manos son seguras.

8



Medidas de Seguridad

- Cerciorarse que los materiales estén completos y en buen estado.
- Mantener las uñas cortas y limpias, sin esmaltes ni postizos. Las uñas largas aumentan el riesgo de rotura de guantes.
- No usar anillos, relojes ni pulseras. Estos elementos actúan como reservorio y dificultan la limpieza de manos y antebrazos.



- El uso de cremas hidratantes después de la actividad laboral se considera recomendable porque aumenta la resistencia de la piel y al mantenerse íntegra disminuye la contaminación por gérmenes.
- El uso de guantes no suple el lavado de manos.

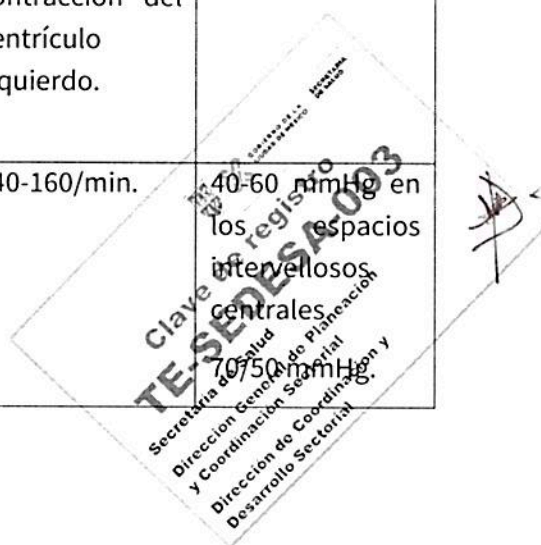
4.3 Medición de Constantes Vitales.

Concepto

Son las acciones que realiza el personal de enfermería para medir los parámetros que nos indican el estado hemodinámico del derechohabiente o usuario y van a estar gobernados por los órganos principales que son corazón, cerebro y pulmones.

Las constantes vitales se reconocen como expresiones de vida, que se presentan en procesos constantes del individuo y son: temperatura, pulso, respiración, tensión arterial y frecuencia cardíaca.

EDAD	TEMPERATURA	RESPIRACIÓN	PULSO	TENSIÓN ARTERIAL
	Grado de calor mantenido en el cuerpo por equilibrio en la termogénesis y la termólisis.	Proceso mediante el cual se capta oxígeno y se elimina Co ₂ en el ambiente que rodea a la célula viva, indicando la cantidad de ciclos respiratorios que aparecen en un individuo durante un minuto.	Expansión rítmica de una arteria, producida por el aumento de sangre impulsada en cada contracción del ventrículo izquierdo.	Presión que ejerce la sangre sobre las paredes arteriales, a medida que pasa por ellas.
Antes de nacer Recién nacidos	Similar a la materna. 36.6°C - 37.8°C	Irregular 30-40	140-160/min.	40-60 mmHg en los espacios intervellosos centrales 70/50 mmHg





GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA
DE SALUD

EDAD	TEMPERATURA	RESPIRACIÓN	PULSO	TENSIÓN ARTERIAL
Primer año	36.6°C-37.8°C	26-30/min	130-140/min	90/50 mmHg.
Segundo año	36.6°C-37.8°C	25/min		De 2 a 10 años
Tercer año	36.6°C-37.8°C	25/min		Sistólica:
4 a 8 años	36.5°C-37°C	20-25/min		número de años
Edad adulta	36.5°C-37°C	18-20/min		$\times 2 + 80$.
Vejez	36.5°C-37°C	16-20/min		Diastólica: mitad
	36°C	14-16/min		de lo calculado
				en la sistólica +
				10.
				De 10 a 14 años:
				Sistólica:
				número de años
				+ 100.
				Diastólica: mitad
				de lo calculado
				en la sistólica +
				10
				120/80 mmHg.
				Por arriba de
				120/60

Objetivo

Identificar las variaciones en las constantes vitales en las diferentes etapas de vida del derechohabiente o usuario para evaluar su estado clínico y coadyuvar en el diagnóstico y/o pronóstico del mismo.



Principios

- La eliminación de calor, en forma diaria, se lleva a cabo en 68%, por radiación, convección y conducción; 26% por evaporación del agua, por piel y pulmones; 19% por calentamiento del aire inspirado; 3.2 por eliminación de CO₂ a través de pulmones y 0.9% por orina y heces.
- Son variaciones patológicas, las hipertermias, cuyo ascenso es por arriba de 37.5°C ó hipotermias cuyo descenso es por debajo de 35 °C.
- Los tipos de respiración según el sitio donde se localizan estos movimientos son: en el varón: costal inferior o torácico abdominal; en la mujer: costal superior o torácico; en el niño: abdominal.
- Los factores que influyen en la frecuencia y carácter de la respiración son: edad, sexo, digestión, emociones, trabajo, descanso, enfermedades, medicamentos, calor, fiebre, frío, dolor, hemorragia, choque etc.
- La fuerza y la frecuencia del latido cardíaco está determinada por la presencia de iones de calcio, sodio y potasio en la sangre.
- Los factores que influyen en el pulso son: edad, sexo, ejercicio, alimentación, postura, aspectos emocionales, cambios de temperatura corporal, tensión arterial y algunos padecimientos.
- La presión sanguínea se caracteriza por ruidos sordos o sibilantes estos ruidos pueden desaparecer de forma temporal sobre todo en personas hipertensas.
- La presión sanguínea es afectada por emociones, ejercicio, dolor y posición.

Material y Equipo

- Mesa Pasteur o charola.
- Termómetro digital.
- Reloj con segundero.
- Esfigmomanómetro con brazalete adulto y pediátrico.
- Estetoscopio biauricular con aditamento pediátrico.
- Gasas.
- Jabón líquido con clorhexidina.





GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



SECRETARÍA
DE SALUD

- Alcohol al 70 %
- Sabana clínica.
- Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.
- Pluma.
- Lubricante.

4.3.1 Medición de Temperatura Axilar o Inguinal.

Técnica

- Realizar lavado de manos al inicio y término del procedimiento.
- Informar al derechohabiente o usuario sobre el procedimiento.
- Secar la región axilar o inguinal con una gasa seca antes de colocar el termómetro.
- Tomar el termómetro y colocarlo en la región elegida.
- Solicitar que el derechohabiente o usuario lo sujete sosteniendo el brazo o pierna hasta que suene la alarma del termómetro.
- Retirar el termómetro y dejar cómodo al derechohabiente o usuario.
- Efectuar la lectura y registrar en la Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.
- Realizar la limpieza del termómetro con una gasa impregnada con solución antiséptica jabonosa con clorhexidina y posteriormente con una gasa impregnada con alcohol al 70% dejándolo secar.
- Dar los cuidados posteriores al equipo..

4.3.2 Medición de la Temperatura Rectal.

Técnica

- Realizar lavado de manos al inicio y término del procedimiento.
- Informar al derechohabiente o usuario sobre el procedimiento a realizar.



- Colocar al derechohabiente o usuario en posición de Sims y si es lactante en decúbito dorsal, tomando los tobillos y flexionando las piernas hacia el abdomen.
- Asear la región perianal si es necesario.
- Lubricar la punta del termómetro.
- Introducir el termómetro en el recto a una profundidad de dos cm aproximadamente sosteniéndolo hasta que suene la alarma.
- Retirar el termómetro, limpiarlo, realizar la lectura y el registro correspondiente en la hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.
- Dar los cuidados posteriores al equipo.

4.3.3 Medición de la Frecuencia del Pulso.

Técnica

- Realizar higiene de manos.
- Asegurarse de que el derechohabiente o usuario se encuentre en posición cómoda.
- Eligir el sitio para la medición del pulso (arterias radial, temporal, facial, carótida, humeral, femoral o pedía).
- Colocar la punta de los dedos índice, medio y anular sobre la arteria.
- Presionar sólo lo necesario para percibir la fuerza, el ritmo y el número de pulsaciones; contándolas durante un minuto.
- Realizar el registro correspondiente en la Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Número de latidos que se consideran normales:

En recién nacidos 130 a 140 +/- 20 por minuto.

Lactantes 110 a 130 +/- 20 por minuto.

Niños 85 a 110 +/- 20 por minuto.



4.3.4 Medición de la Frecuencia Respiratoria.

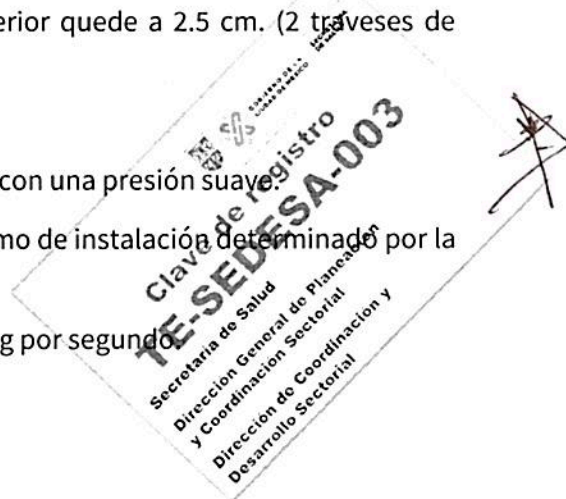
Técnica

- Realizar higiene de manos antes de entrar en contacto con el derechohabiente o usuario.
- Asegurarse que el derechohabiente o usuario se encuentre en reposo.
- Tomar la muñeca del derechohabiente o usuario como si se estuviera midiendo el pulso y la coloca sobre la cara anterior del tórax.
- Contar durante un minuto la frecuencia de la respiración y observar la amplitud y el ritmo de la misma, así como la coloración del derechohabiente o usuario.
- Observar en lactantes los movimientos del abdomen y hacer las mismas observaciones.
- Registrar el Resultado en la Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

4.3.5 Medición de la Presión Arterial.

Técnica

- Realizar higiene de manos antes de realizar el procedimiento.
- Asegurarse que el paciente se encuentre en reposo.
- Colocar al derechohabiente o usuario sentado, descubrir su brazo y antebrazo apoyándolo sobre un plano duro de preferencia a la altura del corazón.
- Colocar el manómetro a nivel de los ojos del examinador y brazalete a dos o cuatro centímetros del codo ajustado y firme, asegurándose que el borde inferior quede a 2.5 cm. (2 traveses de dedo) sobre el pliegue del codo.
- Localizar el pulso braquial con los dedos índice y medio.
- Colocar la cápsula del estetoscopio sobre la arteria braquial con una presión suave.
- Inflar el manguito en forma rápida y continua, hasta el máximo de instalación determinado por la presión palmatoria.
- Liberar la cámara a una velocidad aproximada de 2 a 4 mmHg por segundo.



- Escuchar los dos primeros latidos consecutivos audibles que se escuchan al soltar la válvula de la perilla de insuflación, que corresponden a la presión sistólica, tanto en adultos como en niños.
- Identificar la presión diastólica, escuchando un claro ensordecimiento del ruido, en niños y por el cese de los ruidos en adultos.
- Registrar las presiones sistólica y diastólica, registrando siempre en números pares en la Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.
- Dar los cuidados posteriores al equipo.

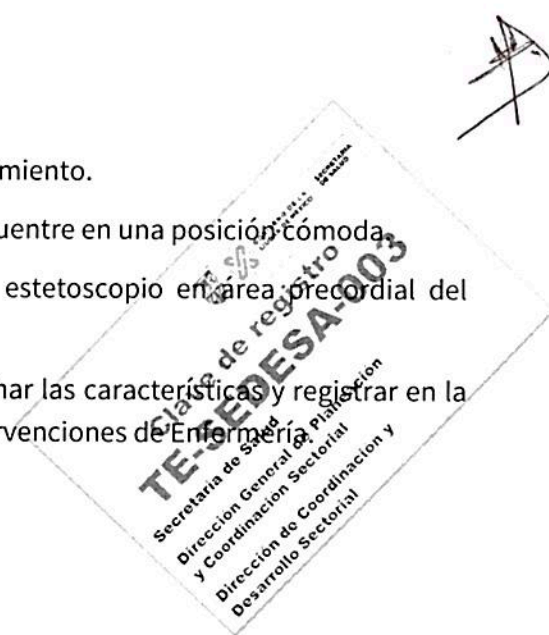
Medidas de control y seguridad

- Esperar 1 a 2 minutos antes de una nueva medición en el mismo brazo, para permitir la salida de sangre atrapada en las venas.
- Evitar la insuflación excesiva del manguito ya que puede distorsionar los sonidos.
- No dejar prendas de vestir que compriman la arteria braquial, puede alterar la toma de presión arterial.
- El derechohabiente o usuario debe permanecer sentado por lo menos 5 minutos.
- Dar los cuidados posteriores al equipo.

4.3.6 Medición de la Frecuencia Cardíaca

Técnica

- Realizar lavado de manos.
- Informar al derechohabiente o usuario sobre el procedimiento.
- Asegurarse de que el derechohabiente o usuario se encuentre en una posición cómoda.
- Descubrir la región torácica y coloca la cápsula del estetoscopio en área precordial del derechohabiente o usuario.
- Contar durante un minuto los latidos cardíacos, escuchar las características y registrar en la Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.



Medidas de control y seguridad

- Verificar que el equipo esté completo y en buenas condiciones de exactitud y uso.
- Realizar la medición con la frecuencia que requiera el estado del derechohabiente o usuario o la indicación médica.
- Asegúrese que de preferencia el derechohabiente o usuario siempre se encuentre en reposo antes de realizar la medición de las constantes vitales.
- Elegir el procedimiento y equipo indicados según edad, estado de conciencia, padecimiento y condiciones generales del derechohabiente o usuario.
- Verificar los datos cuando exista duda sobre la medición.
- Informar al médico inmediatamente en caso de existir alguna alteración en las cifras y características de las constantes vitales.
- Conservar el equipo en óptimas condiciones de uso.
- Dar al equipo los cuidados necesarios al terminar cada procedimiento.

Abreviaturas

T/A Tensión arterial.

F.C. Frecuencia cardíaca.

4.4 Aspiración de Secreciones

Concepto

Son las maniobras que se realizan para extraer las secreciones por medio de un catéter de caucho o polietileno del árbol traqueo-bronquial y que el derechohabiente o usuario por su estado patológico no puede expectorar.

Objetivo

Mantener libre de secreciones las vías aéreas para favorecer el proceso de la ventilación pulmonar y prevenir infecciones o alteraciones relacionadas al acúmulo de secreciones.



Principio

El oxígeno es indispensable para la vida por lo que el derechohabiente o usuario debe respirar sin ninguna dificultad.

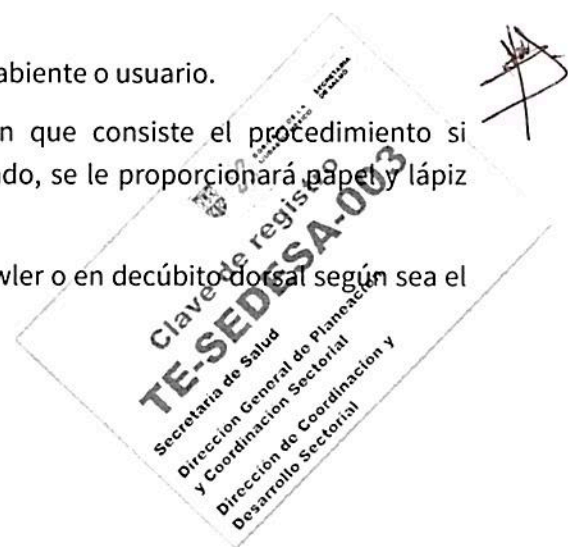
Material y Equipo

- Aspirador empotrado o portátil (con tubos y conectores).
- Guantes estériles.
- Cubrebocas.
- Equipo de aspiración estéril (riñón vaso y gasas).
- Sondas de aspiración de acuerdo a la edad (adulto 14,16, 18 y 20, niños 8 y 10).
- Agua inyectable o solución fisiológica.
- Bolsa reservorio conectado a fuente de oxígeno.
- Jeringa de 10 ó 20 ml.
- Circuito cerrado para aspiración de secreciones.

4.4.1 Aspiración de Secreciones en Cavidad Oral.

Técnica

- Realizar la higiene de manos antes y después del procedimiento o cuantas veces sea necesario.
- Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Explicar brevemente al derechohabiente o usuario en que consiste el procedimiento si procede y en caso de que se encuentre traqueostomizado, se le proporcionará papel y lápiz por si desea comunicarse.
- Colocar al derechohabiente o usuario en posición de Fowler o en decúbito dorsal según sea el caso.
- Colocarse el cubrebocas.

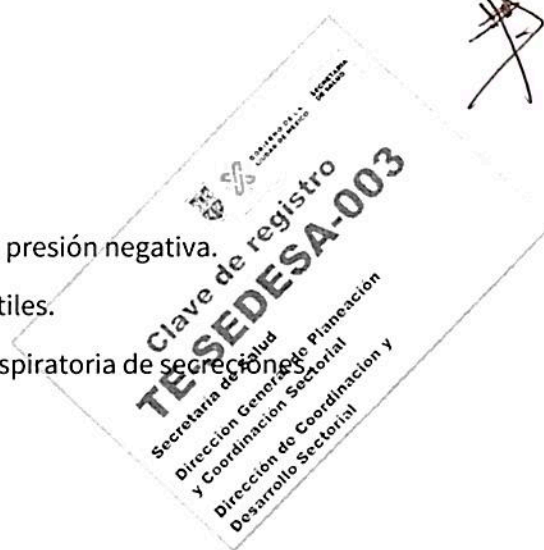


- Abrir el equipo de aspiración estéril, agregar las sondas y verter en el recipiente la solución o agua inyectable.
- Abrir la succión.
- Calzarse los guantes.
- Tomar la sonda y conectar un extremo al tubo de aspiración.
- Iniciar la aspiración retirando la sonda con movimientos rotatorios en forma gentil.
- Aspirar pequeñas cantidades de solución para limpiar el interior de la sonda y con una gasa limpia el exterior cuantas veces sea necesario.
- Repetir el procedimiento en caso de persistir las secreciones.
- Dar los cuidados posteriores al equipo.

4.4.2 Aspiración de Secreciones al Derechohabiente o Usuario con Traqueostomía.

Técnica

- Realizar lavado de manos antes y después del procedimiento.
- Trasladar el material y equipo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Informar al derechohabiente o usuario sobre el procedimiento, si procede.
- Colocarse el cubreboca.
- Abrir el equipo de aspiración.
- Verter solución fisiológica en los vasos.
- Calzarse los guantes.
- Conectar la sonda de aspiración al aspirador.
- Retirar la endocánula y colocarla en uno de los vasos.
- Introducir la sonda de aspiración en la luz de la cánula sin presión negativa.
- Ocluir la sonda y retirar con movimientos circulares y gentiles.
- Repetir las veces que sea necesario, hasta aclarar la vía respiratoria de secreciones.

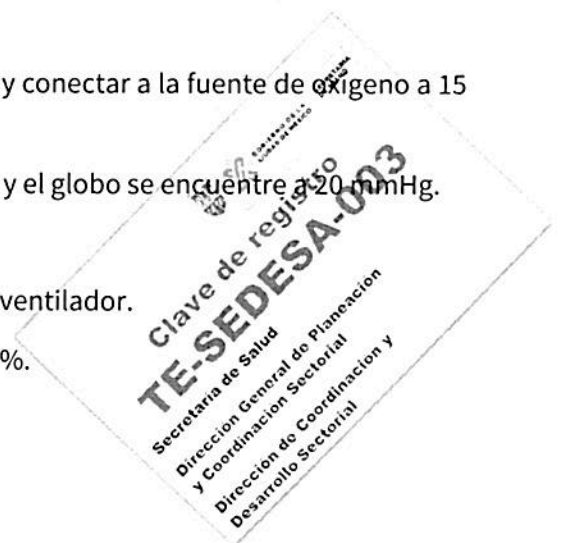


- Lavar con agua y jabón la endocánula, utilizando una gasa o hisopo.
- Instalar la endocánula en la cánula del derechohabiente o usuario.
- Cubrir con gasa húmeda el orificio de entrada de la cánula instalada en el derechohabiente o usuario.
- Efectuar la limpieza y curación de la herida, en caso de ser necesario.
- Observar las características de las secreciones del derechohabiente o usuario y en caso necesario alternar las fases de aspiración con las de oxigenación.
- Asistir al derechohabiente o usuario en caso de presentar insuficiencia respiratoria y en caso de que los signos y síntomas se acentúen notificar al médico.
- Colocar al derechohabiente o usuario en una posición cómoda.
- Efectuar los registros correspondientes en la Hoja de Registros Clínicos Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.
- Proporcionar los cuidados necesarios al equipo para mantenerlo limpio y en buen estado..

4.4.3 Aspiración Endotraqueal con Sistema Cerrado

Técnica

- Realizar lavado de manos.
- Colocarse el cubreboca.
- Verificar el funcionamiento correcto del aspirador y ajustar la presión de succión en 80-120 mmhg.
- Preparar la bolsa válvula mascarilla con bolsa reservorio y conectar a la fuente de oxígeno a 15 litros por minuto.
- Verificar que la fijación del tubo endotraqueal sea segura y el globo se encuentre a 20 mmHg.
- Calzarse guantes estériles.
- Retirar el circuito cerrado de su envoltura y conectarlo al ventilador.
- Ventilar al derechohabiente o usuario con oxígeno al 100 %.

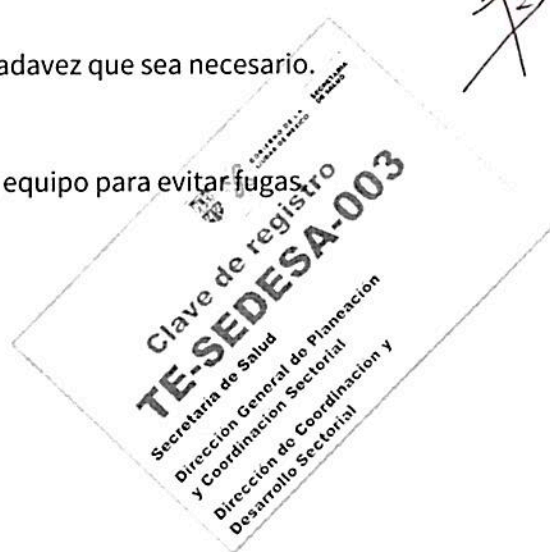


- Girar la válvula de control del circuito hasta la posición de abierto e introducir la sonda a través del tubo endotraqueal.
- Aspirar presionando la válvula de aspiración girando suavemente el catéter.
- La aspiración no debe durar más de 10 a 15 segundos.
- Girar la válvula de control hasta la posición de cerrado.
- Colocar la jeringa con 20 ml de solución en el orificio de irrigación.
- Presionar la válvula de aspiración y lavar el catéter.
- Repetir el procedimiento hasta que la cánula se observe limpia.
- Alternar la aspiración con la ventilación a intervalos breves en caso de ser necesario.
- Colocar la etiqueta para indicar la fecha y hora de instalación del circuito.
- Observar cambios en el patrón respiratorio del derechohabiente o usuario.
- Realizar el registro del procedimiento en la Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de enfermería.
- Retirar el equipo y proporcionar los cuidados posteriores a su uso.

Medidas de control y seguridad

- No realizar aspiraciones innecesarias.
- No forzar al introducir la cánula si nota resistencia.
- Evitar que el frasco colector de secreciones rebase el nivel que propiciará el reflujo de su contenido al derechohabiente o usuario.
- Realizar el cambio de fijación de la cánula endotraqueal cada vez que sea necesario.
- Utilizar sondas diferentes para aspirar cánula y boca.
- Ajustar perfectamente todas las conexiones y tapones del equipo para evitar fugas.

4.5 Lavado Gástrico.



Concepto

Es la introducción de una sonda hueca y multiperforada en su extremo distal a través de boca o nariz hasta el estómago para evacuar sangre, tóxicos o cualquier otro tipo de sustancia mediante la irrigación y aspiración de pequeños volúmenes de líquido; cuya cantidad dependerá de la edad del derechohabiente o usuario.

Objetivos

- Mantener la cavidad gastrointestinal libre de gases o secreciones con fines de diagnóstico o tratamiento.
- Lograr la hemostasia de venas sangrantes en el esófago o la parte superior del estómago para el control de la hemorragia.
- Eliminar la mayor cantidad de tóxico ingerido, para evitar la absorción a nivel intestinal.

Principios

- La disminución o ausencia de peristaltismo ocasiona formación de gases o secreciones.
- La mucosa gástrica es altamente absorbente de sustancias tóxicas debido al ácido clorhídrico.

Material y equipo

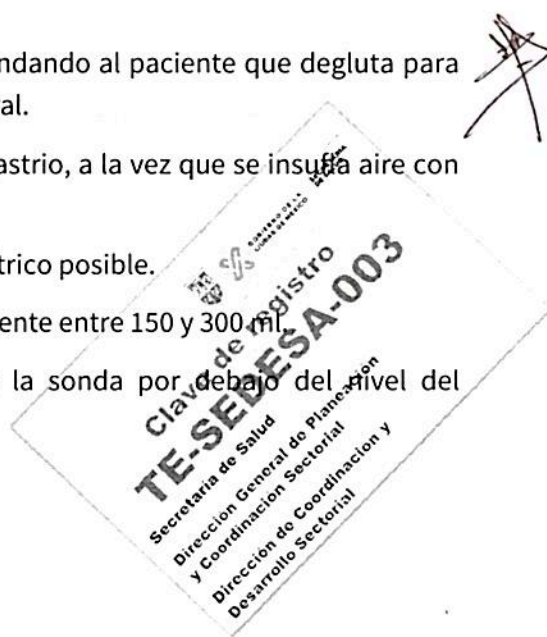
- Mesa pasteur.
- Charola con:
- Sonda Levine de diversos calibres de acuerdo a la indicación médica.
- Lubricante hidrosoluble.
- Jeringa asepto.
- Riñon.
- Campo estéril.
- Guantes estériles.
- Cubreboca.



- Tela adhesiva y gasas.
- Solución fisiológica.
- Conectores de plástico.
- Soluciones medicamentosas indicadas por el médico.

Técnica

- Realizar lavado de manos antes y después de realizar el procedimiento.
- Identificar correctamente al derechohabiente o usuario.
- Verificar la indicación médica.
- Verificar el funcionamiento del aparato de succión.
- Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Orientar al derechohabiente o usuario antes de realizar el procedimiento.
- Colocar al derechohabiente o usuario en posición Fowler y cubrir el pecho con campo estéril.
- Abrir los materiales estériles y colocar lubricante en una gasa estéril.
- Calzarse los guantes.
- Tomar la sonda, enrollarla sobre la mano, medir la porción que se va a introducir de la base de la nariz al lóbulo de la oreja y de ésta al apéndice Xifoides.
- Lubricar la porción distal de la sonda.
- Introducir por la cavidad oral o nasal, sin forzar, recomendando al paciente que degluta para facilitar su avance, colocar el cuello en ligera flexión ventral.
- Comprobar la ubicación de la sonda auscultando el epigastrio, a la vez que se insufla aire con la jeringa aseptó en pequeña cantidad.
- Aspirar con la jeringa la mayor cantidad de contenido gástrico posible.
- Introducir agua o solución fisiológica a temperatura ambiente entre 150 y 300 ml.
- Vaciar el estómago colocándola la porción proximal de la sonda por debajo del nivel del estómago o mediante aspiración.



- Observar la cantidad de líquido extraído (se debe recuperar aproximadamente la misma cantidad que se introdujo).
- Repetir esta acción hasta que el contenido sea claro sin exceder más de 10 veces.
- Completar el lavado, si esta indicado con la administración de algún medicamento.
- Retirar la sonda pinzando y con un solo movimiento para evitar náuseas o vómito.
- Fijar si está indicado.
- Colocar membrete con los siguientes datos: nombre completo y fecha de nacimiento del derechohabiente o usuario, fecha de instalación, calibre y nombre de quien instala.
- Anotar las observaciones pertinentes en la Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de enfermería.
- Proporcionar los cuidados al equipo.

Medidas de Control y Seguridad.

- Verificar periódicamente que la sonda no se mueva de la marca señalada o se obstruya en su trayecto.
- Evitar la introducción de líquido en forma brusca.
- Efectuar lavados y movilización de la sonda de acuerdo con la prescripción y bajo vigilancia médica.
- Asear frecuentemente la cavidad bucal con agua bicarbonatada o clorhexidina.
- Vigilar el estado de alerta del derechohabiente o usuario en todo momento.

4.6 Oxigenoterapia

Concepto.

Es la administración de oxígeno, dosificado a una velocidad de flujo determinada, que debe regirse por el resultado de la saturación de oxígeno, para asegurar el funcionamiento del corazón, cerebro y todas las células del organismo.



Objetivo.

Oxigenar en forma adecuada la sangre arterial del derechohabiente o usuario y garantizar la eliminación de bióxido de carbono, incrementando con ello el aporte de oxígeno en los tejidos.

Principios.

- El oxígeno es un componente del aire que respiramos, pero cuando se administra de forma artificial, debe ser manipulado como un fármaco y, por lo tanto, capaz de producir daños si su uso no es correcto.
- El oxígeno es indispensable para la vida, por lo que el derechohabiente o usuario debe respirar libremente.
- Todas las células del organismo requieren de la administración continua y suficiente de oxígeno.
- La cantidad de oxígeno inspirado, debe ser tal que su presión parcial en el alvéolo alcance niveles suficientes para saturar completamente la hemoglobina.

Material y Equipo.

- Fuente de oxígeno con flujómetro.
- Humidificador o borboteador.
- Dispositivos para administración de oxígeno (catéter nasal, mascarilla de oxígeno con y sin bolsa reservorio, campana cefálica)
- Agua estéril.

4.6.1 Administración de Oxígeno en Incubadora

Técnica.

- Realizar lavado de manos antes y después del procedimiento.
- Identificar correctamente al derechohabiente o usuario.
- Conservar despejadas las vías respiratorias aspirándolas si es necesario.

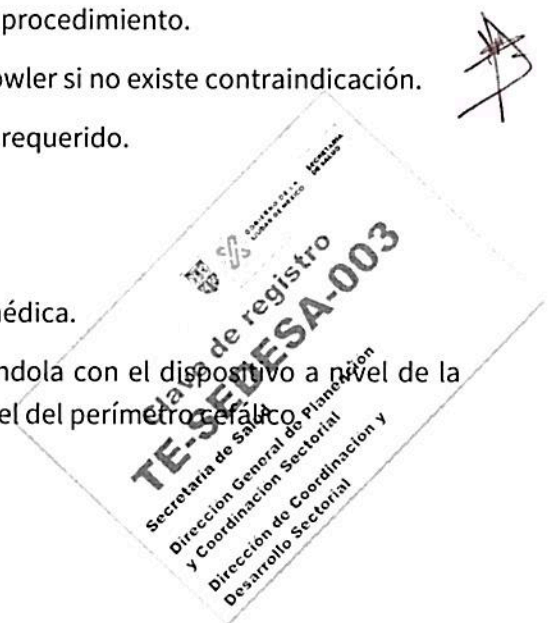


- Llenar el humidificador de agua estéril hasta la marca correspondiente.
- Conectar el humidificador al flujómetro (medidor de flujo).
- Conectar el tubo del oxígeno al humidificador e introducir el otro extremo a la incubadora, a través de los orificios destinados para ello.
- Verificar que la manguera no se obstruya o se doble.
- Regular el flujo de oxígeno indicado en litros.
- Monitorizar la saturación parcial de oxígeno.
- Realizar las anotaciones pertinentes en la hoja de registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería.

4.6.2 Oxígeno por Cánula Nasal

Técnica

- Realizar lavado de manos antes y después del procedimiento.
- Identificar correctamente al derechohabiente o usuario.
- Verificar la indicación médica con respecto a la ministración de oxígeno por cánula nasal.
- Preparar el material y equipo necesario y trasladarlo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Informar al derechohabiente o usuario en que consiste el procedimiento.
- Colocar al derechohabiente o usuario en posición semi Fowler si no existe contraindicación.
- Colocar solución estéril en el frasco humidificador a nivel requerido.
- Conectar el humidificador al flujómetro.
- Conectar la cánula nasal al humidificador de oxígeno.
- Regular el flujo de oxígeno de acuerdo a la prescripción médica.
- Colocar la cánula nasal en los orificios nasales sosteniéndola con el dispositivo a nivel de la barbilla pasando el tubo por la región retroauricular a nivel del perímetro cefálico.

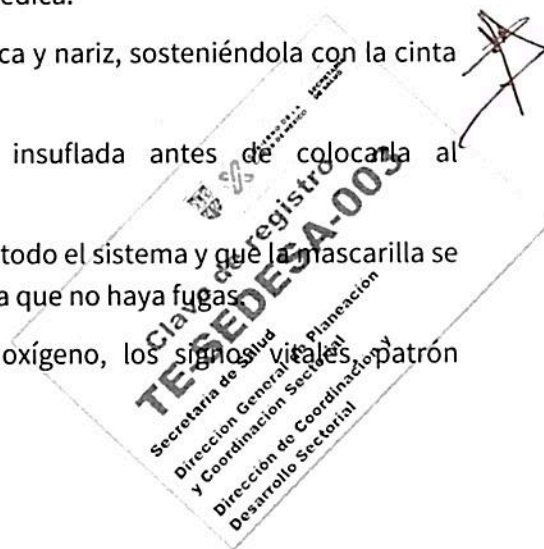


- Valorar al paciente en cuanto al flujo adecuado de oxígeno, los signos vitales, patrón respiratorio y oximetría.
- Observar los orificios nasales en busca de zonas de irritación.
- Realizar las anotaciones correspondientes en la Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

4.6.3 Oxígeno con Mascarilla con o sin Bolsa Reservorio.

Técnica

- Realizar lavado de manos antes y después del procedimiento.
- Preparar el equipo y material necesario y trasladarlo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Identificar correctamente al derechohabiente o usuario.
- Verificar la prescripción médica con respecto a la administración de oxígeno.
- Explicar al derechohabiente o usuario en que consiste el procedimiento.
- Colocar al derechohabiente o usuario en posición semi Fowler, si procede.
- Colocar solución estéril en el frasco humidificador a nivel requerido.
- Conectar el humidificador al flujometro y a la toma de oxígeno.
- Conectar la mascarilla al humidificador de oxígeno.
- Regular el flujo de oxígeno de acuerdo a la prescripción médica.
- Colocar la mascarilla a la cara del paciente abarcando boca y nariz, sosteniéndola con la cinta elástica de la región retroauricular.
- Comprobar que la bolsa reservorio se encuentre insuflada antes de colocarla al derechohabiente o usuario.
- Verificar que el oxígeno fluya adecuadamente a través de todo el sistema y que la mascarilla se ajuste adecuadamente al derechohabiente o usuario, para que no haya fugas.
- Valorar al paciente en cuanto al flujo adecuado de oxígeno, los signos vitales, patrón respiratorio y oximetría.



- Realizar las anotaciones correspondientes en la Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

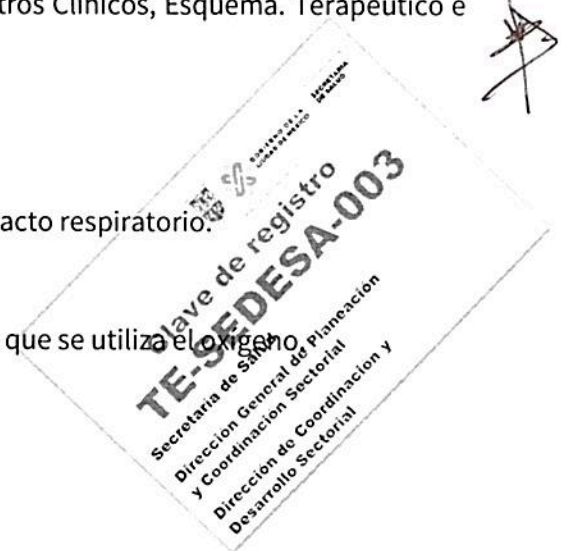
4.6.4 Oxígeno en Campana Cefálica (Cámara Transparente de Plástico Duro).

Técnica

- Realizar lavado de manos antes y después del procedimiento.
- Identificar correctamente al derechohabiente o usuario.
- Verificar la prescripción médica con respecto a la administración de oxígeno.
- Reunir el material y equipo necesario y trasladarlo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Verificar la permeabilidad de las vías aéreas.
- Verificarla humidificación del oxígeno.
- Colocar la campana cefálica al derechohabiente o usuario, eligiendo el tamaño adecuado.
- Intriducir la manguera de oxígeno a la campana cefálica por los orificios destinados para ello.
- Regular el flujo de oxígeno según lo indicado.
- Retirar lo menos posible la campana cefálica al derechohabiente o usuario, para no disminuir bruscamente la concentración de oxígeno.
- Valorar al derechohabiente o usuario en cuanto al flujo adecuado de oxígeno, signos vitales, patrón respiratorio y oximetría.
- Realizar las anotaciones pertinentes en la Hoja de Registros Clínicos, Esquema. Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Medidas de control y seguridad.

- Humidificar el oxígeno para prevenir la resequedad del tracto respiratorio.
- Evitar cambios bruscos en la administración de oxígeno.
- Evitar manipular llamas o chispas eléctricas en el área en que se utiliza el oxígeno.



- Evitar administrar concentraciones excesivas de oxígeno ya que puede producir efectos tóxicos en el sistema nervioso y respiratorio, también retinopatía en el recién nacido.
- Asegurar que se realice el cambio de humidificadores(borboteadores)como máximo cada 48 hrs.
- El agua del humidificador deberá ser estéril.

4.7 Curaciones

Concepto

Son las maniobras asépticas efectuadas en una lesión para realizar lavado mecánico y aplicar sustancias medicamentosas o antisépticas, favoreciendo la formación de tejido de cicatrización.

Objetivos

- Evitar infecciones.
- Favorecer los mecanismos de cicatrización o curación.
- Eliminar los productos de desecho del proceso supurativo y microorganismos.
- Lograr el bienestar del derechohabiente o usuario.

Principios

- Las heridas o lesiones tratadas de manera aséptica cicatrizan con menor reacción tisular.
- Las secreciones orgánicas favorecen el desarrollo de microorganismos.
- La gravedad de la infección en las heridas depende de la resistencia del organismo.
- La inflamación es la reacción de defensa del organismo a la acción del agente infeccioso.

Material y Equipo

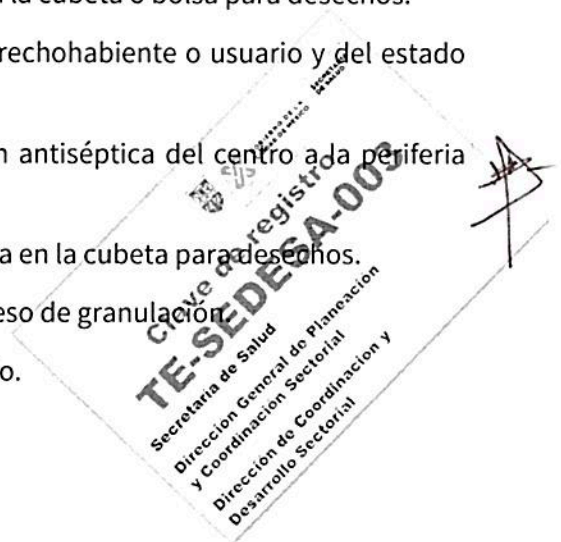
- Equipo de curación estéril



- Gorro
- Cubrebocas
- Guantes
- Googles
- Solución antiséptica
- Apósito estéril
- Apósito transparente
- Agua estéril o solución de Cloruro de Sodio al 0.9 %
- Contenedor de bolsa roja para desechos
- Venda elástica.

Técnica.

- Realizar lavado de manos antes y después del procedimiento.
- Integrar el material y equipo y lo traslada al sitio donde se va a efectuar la curación.
- Explicar al derechohabiente o usuario la razón del procedimiento y prepararlo físicamente.
- Colocar cubrebocas.
- Abrir asépticamente el equipo de curación.
- Calzarse los guantes.
- Retirar el apósito con movimientos suaves depositarlo en la cubeta o bolsa para desechos.
- Realizar una evaluación de la herida que presenta el derechohabiente o usuario y del estado general del mismo.
- Limpiar la herida con una gasa impregnada de solución antiséptica del centro a la periferia hasta retirar completamente las secreciones.
- Cambiar la gasa cuantas veces sea necesario y depositarla en la cubeta para desechos.
- Realizar gentilmente la curación si la herida está en proceso de granulación.
- Realizar debridación de tejido necrótico en caso necesario.



- Retirar el exceso de antiséptico con solución fisiológica o agua estéril.
- Secar la herida usando otra pinza y gasa, aplicar medicamento si está indicado, cubrir la herida con apósito.
- Fijar el apósito.
- Dejar al derechohabiente o usuario cómodo y le da las indicaciones pertinentes.
- Retirar el equipo y darle los cuidados posteriores a su uso.
- Registrar el cumplimiento de la indicación, su observación y hallazgos en la hoja de registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería.

Medidas de Control y Seguridad

- Aplicar estrictamente los principios de asepsia y antisepsia durante el procedimiento.
- Proteger y respetar la individualidad del derechohabiente o usuario.
- Notificar al comité de infecciones la presencia de signos de inoculación (exudado, dolor, abscesos o dehiscencia) de acuerdo con las normas.
- Iniciar la curación de la herida, del centro a la periferia, de lo más limpio a lo más sucio, después de tocar la periferia de la herida no volver hacerlo.
- Utilice un equipo por cada curación.
- Todo el equipo para realizar la curación deberá estar estéril.

4.8. Administración de Medicamentos.

Concepto

Es el procedimiento mediante el cual se introduce un fármaco al organismo por diferentes vías con fines terapéuticos y profilácticos; mediante la preparación, administración y evaluación de la efectividad de los medicamentos prescritos.



Objetivo

Provocar reacciones terapéuticas específicas en el organismo y coadyuvar en el tratamiento del derechohabiente o usuario.

Principios

- La seguridad es un aspecto prioritario en la preparación y administración de medicamentos.
- Los medicamentos son la base de uno de los métodos que contribuyen al tratamiento de las enfermedades.
- Cada medicamento tiene una acción terapéutica específica.

Equipo y Material

- Carro o charola para medicamentos.
- Cubreboca.
- Guantes estériles.
- Prescripción médica.
- Medicamentos.
- Equipo específico para cada vía de administración.
- Contenedor de desechos punzocortantes.
- Contenedor de desechos.

Técnica

- Revisar la prescripción médica.
- Lavarse las manos.
- Identificar los medicamentos.
- Colocar los medicamentos en el recipiente específico.
- Trasladar los medicamentos a la unidad clínica.



- Identificar inequívocamente al derechohabiente o usuario (Nombre completo y fecha de nacimiento).
- Dirigirse al derechohabiente o usuario por su nombre y explicar el procedimiento.
- Aplicar el medicamento de acuerdo a la vía de administración.
- Permanecer con el derechohabiente o usuario hasta la total aplicación del medicamento.
- Observar si se presentan o exacerban manifestaciones clínicas de intolerancia al medicamento.
- Notificar al médico y Comité de Farmacovigilancia si se presentan reacciones adversas.
- Dejar cómodo al derechohabiente o usuario.
- Retirar el equipo y dar los cuidados posteriores a su uso.
- Elaborar las anotaciones en la Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Medidas Generales de Control y Seguridad

- Administrar los medicamentos por estricta indicación médica.
- Leer detenidamente y con toda atención las indicaciones médicas.
- Lavarse las manos cuantas veces sea necesario.
- Aplicar medidas de asepsia en todos los casos.
- Respetar y proteger la individualidad del derechohabiente o usuario.
- Integrar el equipo en el cuarto clínico o zona de preparación, según el procedimiento que se va a realizar.
- Conservar los medicamentos en su envoltura original.
- No usar medicamentos o soluciones que le ocasionen alguna duda o las cuales observe turbias o anomalías de color o consistencia.
- Revisar la fecha de caducidad de los medicamentos.
- Verificar que el nombre, la dosis y la vía de administración correspondan a lo indicado.





- Aplicar la Regla De Oro: Leer 3 veces la etiqueta del frasco: Cuando se toma el frasco del anaquel, inmediatamente antes de verter el medicamento y al devolver el frasco a su lugar.
- Aplicar la Regla De Los 5 Correctos:
 1. Paciente correcto
 2. Fármaco correcto
 3. Dosis correcta
 4. Vía correcta
 5. Horario correcto
- Verificar que las diluciones o fracciones sean correctas.
- Preparar solo los medicamentos que se van a administrar en ese horario.
- Evitar las distracciones e interrupciones durante la preparación de los medicamentos.
- No utilizar medicamentos de apariencia dudosa (cambio de color, turbidez, precipitación).
- Identificar inequívocamente al derechohabiente o usuario antes de administrar el medicamento.
- Extremar las precauciones en los derechohabientes o usuarios pediátricos para evitar broncoaspiración durante la administración de los medicamentos orales.
- Extremar las precauciones en los derechohabientes o usuarios inconscientes para evitar broncoaspiración durante la administración de los medicamentos orales.
- Membretar los vasos y las jeringas con el número de cama del derechohabiente o usuario, dosis, nombre del medicamento y vía por la que se va a administrar.
- Homogenizar la mezcla del medicamento cuando así se requiera.
- No dejar al enfermo los medicamentos prescritos sin verificar su ingestión o aplicación.
- Consultar el expediente clínico o al médico directamente en caso de duda.
- Realizar la doble verificación cuando se administren medicamentos de alto riesgo.

clave de registro
TE-SEDESA-003
Secretaría de Salud
Dirección General de Planeación
y Coordinación Sectorial
Dirección de Coordinación y
Desarrollo Sectorial

4.8.1 Administración de Medicamentos por Vía Intravenosa

Concepto

Es la introducción de sustancias medicamentosas al torrente circulatorio a través de las venas.

Objetivo

Lograr que el fármaco se distribuya al sitio de acción en un tiempo corto.

Principio

La corriente sanguínea es la vía de distribución más rápida y su circulación se efectúa en tres minutos.

Material y Equipo

- Charola con equipo básico.
- Jeringas calibradas en décimas y centésimas de mililitro y agujas hipodérmicas calibre 26 ó 27.
- Torundas con alcohol.
- Ligadura.
- Guantes y gafas de protección.
- Cubreboca.
- Bolsas para basura (negra y roja).
- Contenedor para material punzocortante

Técnica

- Lavarse las manos
- Preparar y trasladar el medicamento en la charola a la unidad del derechohabiente o usuario.



- Identificar inequívocamente al derechohabiente o usuario.
- Explicar el procedimiento a realizar al derechohabiente o usuario.
- Colocar al derechohabiente o usuario sentado o acostado.
- Seleccionar la vena para punción.
 - En el brazo: Venas cefálica o basílica.
 - En la mano: Venas superficiales del dorso y cara lateral.
- Apoyar el brazo del derechohabiente o usuario sobre un plano resistente.
- Colocar la ligadura aproximadamente a diez centímetros por arriba del punto de punción de la vena elegida.
- Efectuar la asepsia de la región.
- Purgar el aire de la jeringa e introducir la aguja con el bisel hacia arriba.
- Verificar que se halla puncionado la vena y que la aguja permanezca dentro de ella, aspirando un poco
- Soltar la ligadura.
- Introducir lentamente la solución, efectuando aspiraciones, periódicas para mayor seguridad.
- Retirar la aguja, colocando una torunda con alcohol en el sitio de la punción.
- Solicitar al derechohabiente o usuario que sostenga la torunda flexionando el brazo, si está en condiciones de hacerlo.
- Dejar cómodo al derechohabiente o usuario.
- Retirar el equipo dando cuidados posteriores a su uso.

Medidas de Control y Seguridad

- Suspender la administración del fármaco en caso de obliteración.
- No introducir aire al torrente circulatorio.
- Realizar las diluciones correctas de acuerdo a cada medicamento
- Pasar los medicamentos lentamente.



- Observar que el derechohabiente o usuario no presente reacciones secundarias.
- Utilizar equipo estrictamente estéril.
- Cualquier reacción de intolerancia (cianosis, mareo, sensación de quemadura, vómito.) exige la suspensión inmediata del medicamento.

4.8.2 Administración de Medicamentos por Venoclisis

Concepto

Es la introducción de un medicamento en forma continua al torrente circulatorio, a través de una vena en un tiempo determinado.

Objetivo

Lograr que el fármaco se distribuya al sitio de acción en un tiempo corto.

Principios

- La corriente sanguínea es la vía de distribución más rápida.
- Cada medicamento tiene una acción terapéutica específica.
- El abordaje de la vía intravenosa es un procedimiento invasivo que aumenta el riesgo de infección.

Material y Equipo

- Charola
 - Medicamento indicado.
- Torundera.
- Torundas.
- Alcohol al 70%.
- Jeringas de diferentes tamaños.



- Agujas hipodérmicas.
- Solución de Cloruro de Sodio al 0.9%.
- Ampolletas de agua inyectable.
- Equipo de volúmenes medidos.
- Guantes estériles.
- Cubreboca.
- Contenedor rígido para punzocortantes.
- Contenedor de desechos.
- Tela adhesiva.

Técnica

- Revisar la indicación médica.
- Lavarse las manos.
- Seleccionar el medicamento.
- Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Identificar inequívocamente al derechohabiente o usuario (Nombre completo y fecha de nacimiento).
- Dirigirse al derechohabiente o usuario por su nombre y explicar el procedimiento si la edad lo permite.
- Colocarse cubreboca.
- Calzarse guantes estériles.
- Preparar con técnica aséptica el fármaco prescrito.
- Colgar la bolsa de solución de Cloruro de Sodio al 0.9%.
- Insertar el equipo de volumen medido y purgar.
- Conectar el equipo de volumen medido al puerto previa asepsia del mismo (Octopus o llave de paso de tres vías).



- Realizar asepsia de la válvula del equipo de volumen medido e introducir el medicamento.
- Agregar solución de Cloruro de Sodio al 0.9% hasta alcanzar la dilución correcta.
- Graduar el goteo a la velocidad programada.
- Membretar el equipo con el nombre y dosis del medicamento que está pasando.
- Vigilar periódicamente la permeabilidad y el paso del medicamento, manteniendo el programa de administración.
- Lavar el circuito al concluir la administración del medicamento.
- Dejar cómodo al derechohabiente o usuario.
- Retirar el equipo y dar los cuidados posteriores a su uso.
- Elaborar las anotaciones en la Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

NOTA: Seguir el procedimiento de Instalación de Catéter Venoso Periférico si el derechohabiente o usuario no tiene una vena canalizada.

Medidas de Control y Seguridad

- No desconectar el equipo de volumen medido del puerto de inyección.
- No introducir aire al torrente circulatorio.
- Los medicamentos irritantes deberán estar bien diluidos y pasar lentamente.
- No mezclar los medicamentos.
- Identificar la presencia de alguna reacción local y/o sistémica.
- Cambiar de sitio la venoclisis en caso de flebitis o infiltración.
- Para calcular el goteo divide el volumen/tiempo y obtendrás el número de microgotas por minuto.

Ejemplo: 20 ml infundir en una hora

$20 \text{ ml} / 1 \text{ hr} = 20 \text{ microgotas} \times \text{minuto}$

Si utiliza normogotero divide el resultado anterior entre la constante 3



$20/3 = 6.6$ gotas x minuto.

4.8.3 Administración por Vía Intramuscular

Concepto

Procedimiento por el cual se introduce una sustancia inyectable en el tejido muscular.

Objetivo

Lograr el efecto del fármaco en un tiempo relativamente corto.

Principio

Los músculos están formados por grupos de fibras musculares que poseen una amplia red vascular, que favorece la absorción de los medicamentos en un tiempo relativamente corto.

Material y Equipo

- Charola.
- Guantes estériles.
- Cubreboca.
- Torundera.
- Torundas.
- Alcohol al 70%.
- Jeringas estériles graduadas en centímetros.
- Agujas hipodérmicas de diferentes calibres.
- Contenedor rígido para punzocortantes.
- Contenedor para desechos.



Técnica

- Revisar la prescripción médica.
- Lavarse las manos.
- Colocarse el cubreboca.
- Seleccionar el medicamento.
- Trasladar el medicamento a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Identificar inequívocamente al derechohabiente o usuario (Nombre completo y fecha de nacimiento).
- Dirigirse al derechohabiente o usuario por su nombre y explicar el procedimiento si la edad lo permite.
- Preparar el medicamento con técnica aséptica.
- Colocar al derechohabiente o usuario en la posición adecuada; seleccionar y descubrir la región: cuadrante superoexterno del glúteo, cara anterior del muslo o región deltoidea.
- Efectuar la asepsia de la región seleccionada con torunda alcoholada.
- Fijar la zona con los dedos pulgar e índice.
- Introducir la aguja en un solo movimiento, en un ángulo de 90° en relación con el plano de la piel.
- Aspirar con la jeringa; en presencia de sangre, desviar la aguja a otro sitio.
- Inyectar lentamente el medicamento.
- Retirar la aguja sin dejar de fijar la piel y colocar la torunda alcoholada en el sitio de la punción haciendo una ligera presión.
- Dejar cómodo al derechohabiente o usuario.
- Retirar el equipo y dar los cuidados posteriores a su uso.
- Elaborar las anotaciones en la Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.



Medidas de Control y Seguridad

- No reencapuchar las agujas, para evitar accidentes del personal sanitario.
- Evitar la aplicación del medicamento en un vaso sanguíneo.
- En caso de que el derechohabiente o usuario presente síntomas de reacción anafiláctica, se debe notificar inmediatamente al médico encargado.
- Desechar las agujas en el contenedor rígido para punzocortantes.

4.8.4. Administración por Vía Subcutánea

Concepto

Procedimiento por el cual se introduce una sustancia inyectable en el tejido subcutáneo.

Objetivo

Introducir medicamentos que requieran de absorción lenta por vía parenteral.

Principio

El tejido subcutáneo es areolar con un mínimo de receptores del dolor y tejido graso que permite una absorción lenta.

Material y Equipo

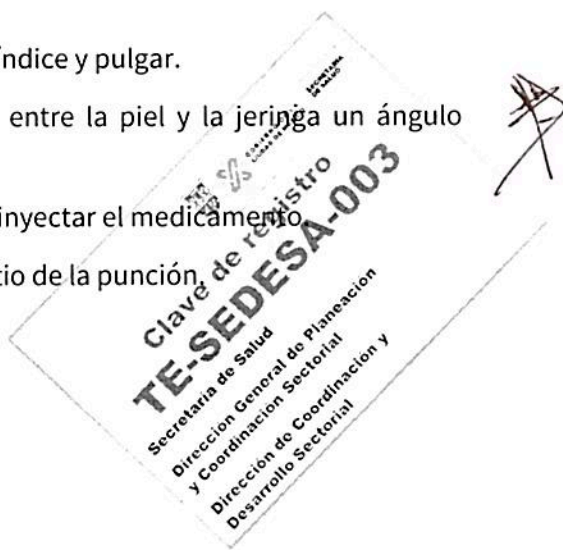
- Charola.
- Guantes estériles.
- Cubreboca.
- Torundera.
- Torundas.
- Alcohol al 70%.



- Jeringa con escala en unidades internacionales.
- Agujas hipodérmicas de calibre 26-27, con bisel corto y longitud de 1 a 2.5 cm según el tejido adiposo existente.
- Contenedor rígido para punzocortantes.
- Contenedor para desechos.

Técnica

- Revisar la prescripción médica.
- Lavarse las manos.
- Colocarse cubrebocas.
- Seleccionar el medicamento.
- Trasladar el medicamento a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Identificar inequívocamente al derechohabiente o usuario.
- Dirigirse al derechohabiente o usuario por su nombre y explicar el procedimiento si la edad lo permite.
- Calzarse los guantes.
- Preparar el medicamento con técnica aséptica.
- Elegir y descubrir la región a puncionar: cara externa del brazo, cara anterior del muslo, cara posterior del tórax y abdomen.
- Efectuar la asepsia de la región.
- Fijar la piel del derechohabiente o usuario con los dedos índice y pulgar.
- Introducir la aguja con el bisel hacia arriba, formando entre la piel y la jeringa un ángulo aproximado de 45 grados.
- Aspirar con la jeringa para verificar que no haya sangre e inyectar el medicamento.
- Retirar la aguja y colocar una torunda alcoholada en el sitio de la punción.
- Dejar cómodo al derechohabiente o usuario.
- Retirar el equipo y dar los cuidados posteriores a su uso.



- Elaborar las anotaciones en la Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Medidas de Seguridad y Control

- En presencia de sangre desviar la aguja hacia otro sitio.
- No puncionar en zonas irritadas, ulceradas o infectadas.
- En casos repetitivos se aconseja rotar el sitio de aplicación.

4.8.5. Administración por Vía Oftálmica

Concepto

Es la aplicación de una sustancia en el ojo gota a gota.

Objetivo

Tratar las afecciones oculares y lubricar la córnea y la conjuntiva.

Principio

La aplicación de solución o medicamentos en el ángulo o la comisura palpebral externa, permite su distribución sobre la superficie del globo ocular.

Material y Equipo

- Charola.
- Medicamento prescrito con gotero o aplicador.
- Solución de Cloruro de Sodio al 0.9%
- Gasa de 7x4 cm.
- Apósito ocular.



- Pañuelos desechables.
- Contenedor de desechos.

Técnica

- Revisar la indicación médica.
- Lavarse las manos.
- Seleccionar el medicamento.
- Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Identificar inequívocamente al derechohabiente o usuario (Nombre completo y fecha de nacimiento).
- Dirigirse al derechohabiente o usuario por su nombre y explicar el procedimiento si la edad lo permite.
- Colocar al derechohabiente o usuario sentado o acostado con la cabeza hacia atrás e indicarle que mantenga la vista hacia arriba, si su edad y su estado general lo permiten; en caso contrario, sujetar muy bien la cabeza.
- Identificar el ojo afectado y limpiarlo con solución de Cloruro de Sodio al 0.9% en una gasa estéril, del ángulo interno al externo.
- Destapar el medicamento prescrito.
- Separar y sostener los párpados y aplicar la cantidad de gotas indicadas dirigiendo la punta del gotero hacia el ángulo interno inferior.
- Retirar el excedente del medicamento o la lágrima con un pañuelo desechable desde el conducto lacrimal hacia el ángulo externo; desecharlo.
- Indicar al derechohabiente o usuario que cierre el ojo con suavidad.
- Cubrir el ojo en caso de indicación médica.
- Dejar cómodo al derechohabiente o usuario.
- Retirar el equipo y dar los cuidados posteriores a su uso.
- Elaborar las anotaciones en la Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Medidas de Control y Seguridad

- Cerciorarse de que el ojo al que va aplicarse el medicamento sea el indicado.
- Evitar que el gotero o aplicador tenga contacto con el ojo.
- Evitar que el derechohabiente o usuario con dilatación pupilar camine solo.
- Evitar estímulos bruscos de movimiento o ruido al derechohabiente o usuario con ojos vendados.

Abreviaturas:

OD: Ojo Derecho.

OI: Ojo Izquierdo.

4.8.6 Administración por Vía Ótica

Concepto

Es la aplicación de una sustancia medicamentosa en el conducto auditivo externo.

Objetivos

- Provocar una reacción local determinada con fines terapéuticos.
- Ejercer una acción local en el conducto auditivo.
- Aliviar del dolor.
- Reblandecer tapones de cerumen.

Principio

La membrana timpánica, por sus características de inervación y de irrigación, es un medio favorable para la absorción.

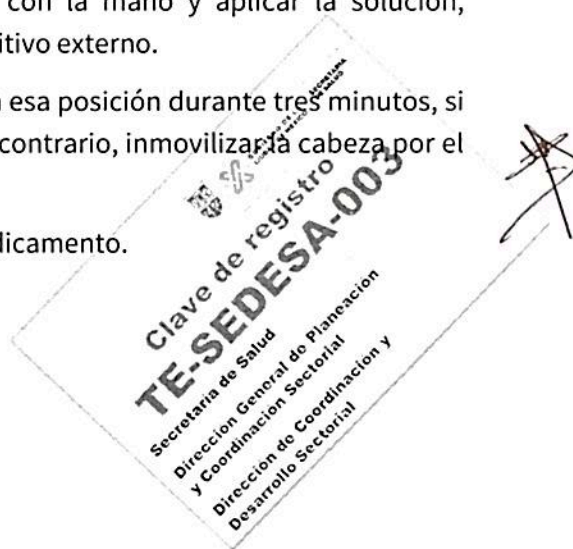


Material y Equipo

- Charola.
- Cubreboca.
- Medicamento prescrito con gotero o aplicador.
- Pañuelos desechables.
- Contenedor de desechos.

Técnica

- Revisar la indicación médica.
- Lavarse las manos.
- Seleccionar el medicamento.
- Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Identificar inequívocamente al derechohabiente o usuario (Nombre completo y fecha de nacimiento).
- Dirigirse al derechohabiente o usuario por su nombre y explicar el procedimiento si la edad lo permite.
- Colocar al derechohabiente o usuario sentado o acostado dejando el oído que se va a tratar, hacia arriba.
- Tirar hacia arriba y hacia atrás el pabellón auricular con la mano y aplicar la solución, procurando que resbale sobre la pared del conducto auditivo externo.
- Indicar al derechohabiente o usuario que permanezca en esa posición durante tres minutos, si la edad y las condiciones generales lo permiten; en caso contrario, inmovilizar la cabeza por el tiempo enunciado.
- Limpiar con un pañuelo desechable el excedente del medicamento.
- Dejar cómodo al derechohabiente o usuario.
- Retirar el equipo y dar los cuidados posteriores a su uso.



- Elaborar las anotaciones en la Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Medidas de Control y Seguridad

- Evitar que el gotero tenga contacto con la piel.
- Evitar que la gota caiga directamente sobre el tímpano.
- Identificar la presencia de vértigo al levantarse el derechohabiente o usuario y en su caso auxiliar.
- No se debe olvidar que la unidad sensitiva auditiva tiene relación con la audición y el sentido del equilibrio.
- Colocar en baño María el medicamento cuando se prescriba tibio.

4.8.7. Administración por Vía Nasal

Concepto

Es la aplicación de una sustancia medicamentosa a través de las fosas nasales.

Objetivos

- Provocar una reacción local determinada con fines terapéuticos.
- Aliviar la congestión.
- Mejorar la respiración.
- Lubricar.
- Humedecer.

Principio

La difusión del medicamento en cavidades se realiza en un tiempo relativamente corto.

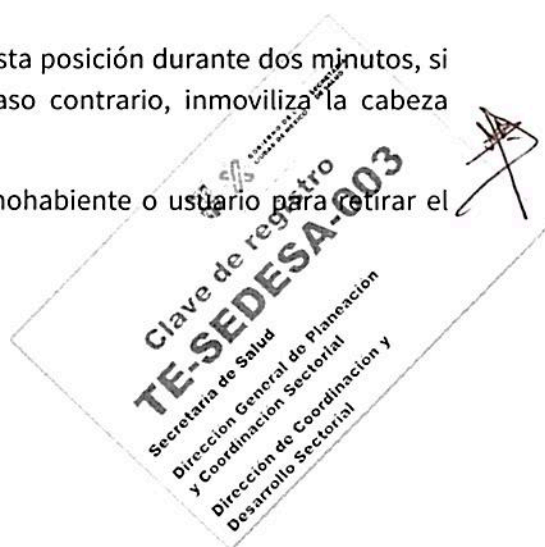


Material y Equipo

- Charola.
- Medicamento prescrito con gotero o aplicador.
- Torundas de algodón.
- Pañuelos desechables.
- Contenedor de desechos.

Técnica

- Revisar la indicación médica.
- Lavarse las manos.
- Seleccionar el medicamento.
- Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Identificar inequívocamente al derechohabiente o usuario (Nombre completo y fecha de nacimiento).
- Explicar el procedimiento al derechohabiente o usuario.
- Colocar al derechohabiente o usuario acostado en decúbito dorsal, con la cabeza hacia atrás y en un nivel más bajo que la línea del cuerpo.
- Aplicar la gota del medicamento en la fosa nasal indicada, procurando que resbale lentamente y pase por el cornete inferior.
- Pedir al derechohabiente o usuario que permanezca en esta posición durante dos minutos, si la edad y las condiciones generales lo permiten, en caso contrario, inmoviliza la cabeza durante el tiempo indicado.
- Limpiar y proporcionar un pañuelo desechable al derechohabiente o usuario para retirar el excedente del medicamento.
- Dejar cómodo al derechohabiente o usuario.
- Retirar el equipo y dar los cuidados posteriores a su uso.



- Elaborar las anotaciones en la Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Medidas de Control y Seguridad

- Colocar al derechohabiente o usuario en posición adecuada para evitar derrames de las fosas.
- Realizar las diluciones correctas para evitar irritaciones de la mucosa nasal.
- En niños pequeños se debe observar signos que delaten presencia de cuerpo extraño.

4.8.8 Administración por Vía Oral

Concepto

Procedimiento que permite el paso de los medicamentos a la circulación sistémica, a través de su ingestión por la boca.

Objetivo

Lograr un efecto terapéutico en el organismo mediante el poder de absorción que tiene el tracto digestivo.

Principio

La absorción del medicamento en el tracto digestivo, se debe a difusión simple a través de la membrana intestinal.

Material y Equipo

- Charola.
- Medicamentos.
- Vasos para medicamentos.
- Mortero.



- Jarra con agua.
- Cuchara.
- Gotero.
- Agitador.
- Contenedor para desechos.

Técnica

- Revisar la indicación médica.
- Lavarse las manos.
- Seleccionar el medicamento.
- Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Identificar inequívocamente al derechohabiente o usuario (Nombre completo y fecha de nacimiento).
- Explicar el procedimiento al derechohabiente o usuario la forma de ingerir el medicamento: sublingual, deglutido, efervescente, disuelto en la boca.
- Ofrecer agua al derechohabiente o usuario en caso necesario.
- Verificar que el derechohabiente o usuario haya deglutido el medicamento.
- En el derechohabiente o usuario pediátrico, semisentar al niño con una mano sostener la cabeza y con la otra colocarle el borde del vaso sobre la lengua.
- Asegurar la deglución del medicamento en pequeños tragos y cerciorarse de que lo ha ingerido en su totalidad o reponer la cantidad perdida.
- Retirar el vaso y quitar de la boca el residuo del medicamento.
- Verificar que tome la totalidad del medicamento o haya deglutido la tableta.
- Dejar cómodo al derechohabiente o usuario en posición de Fowler.
- Retirar el equipo y dar los cuidados posteriores a su uso.
- Elaborar las anotaciones en la Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Medidas de Control y Seguridad

- Evitar la dilución de jarabes y no dar agua al derechohabiente o usuario inmediatamente después de la toma.
- En caso de inconsciencia, triturar y homogeneizar el medicamento.
- La absorción de los medicamentos administrados por vía oral se modifica en condiciones patológicas (diarrea, irritación gastrointestinal, etc.).

4.8.9 Administración por Vía Rectal

Concepto

Procedimiento mediante el cual se administra un medicamento a través del recto

Objetivo

Aplicar medicamentos cuya administración oral no es posible.

Principio

La absorción se realiza a través de la mucosa del plexo hemorroidal el cual evita en parte el paso por el hígado antes de incorporarse a la circulación sistémica.

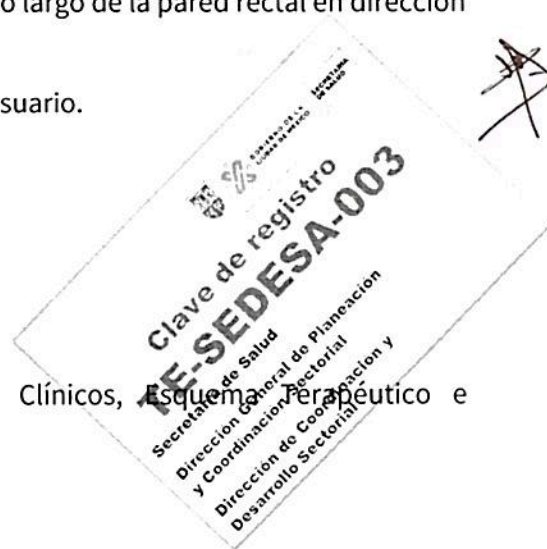
Material y Equipo

- Charola.
- Medicamentos.
- Guantes
- Cubreboca.



Técnica

- Revisar la indicación médica.
- Lavarse las manos.
- Colocarse cubreboca.
- Seleccionar el medicamento.
- Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Identificar inequívocamente al derechohabiente o usuario (Nombre completo y fecha de nacimiento).
- Explicar el procedimiento al derechohabiente o usuario si su edad y condición lo permiten.
- Calzarse los guantes.
- Descubrir la zona de aplicación.
- Pedir al derechohabiente o usuario que se coloque en posición de Sims.
- Colocar al niño sobre el lado lateral izquierdo con la rodilla derecha doblada cubriéndolo y dejando descubiertas las nalgas (Posición de Sims).
- Calzarse los guantes.
- Extraer el supositorio del envoltorio.
- Separar los glúteos del paciente con la mano libre para exponer el ano.
- Valorar el estado del ano.
- Pedir al derechohabiente o usuario que respire hondo e introducir suavemente el supositorio en el recto. Utilice el dedo índice para hacerlo avanzar a lo largo de la pared rectal en dirección al ombligo. Introdúzcalo unos 4cm.
- Mantenga apretados los glúteos del derechohabiente o usuario.
- Quítese los guantes.
- Lávese las manos.
- Dejar cómodo al derechohabiente o usuario.
- Retirar el equipo y dar los cuidados posteriores a su uso.
- Elaborar las anotaciones en la Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e



Intervenciones de Enfermería.

Medidas de Control y Seguridad

- No utilizar ésta vía si advierte lesión en el ano y reporte de inmediato al médico.
- Suspender el procedimiento si advierte resistencia al introducir el supositorio, no forzar y notificar al médico.
- Tras la inserción, asegurarse que el fármaco no impacta en masa fecal, pues no se absorbería correctamente.
- Mantener los supositorios en refrigeración para mantenerlos rígidos y facilitar su aplicación.

4.8.10 Administración por Vía Tópica

Concepto

Procedimiento mediante el cual se aplica un medicamento directamente en la piel o en las mucosas cuya acción se efectúa en el sitio mismo de la aplicación.

Objetivos

- Proteger, desinflamar, controlar infecciones, aliviar el dolor y el prurito en la piel o las mucosas.
- Disminuir la secreción de líquidos y estimular la cicatrización.

Principios

- La piel y mucosas son órganos externos y facilitan la aplicación directa de fármacos.
- La piel limpia tiene mayor capacidad de absorción de medicamentos.

Material y Equipo

- Charola para medicamentos.



- Medicamento prescrito.
- Solución de Cloruro de Sodio al 0.9%.
- Gasas simples estériles.
- Abatelenguas.
- Hisopos.
- Guantes.
- Contenedor de desechos.

Técnica

- Revisar la indicación médica.
- Lavarse las manos.
- Seleccionar el medicamento.
- Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Identificar inequívocamente al derechohabiente o usuario (Nombre completo y fecha de nacimiento).
- Explicar el procedimiento al derechohabiente o usuario si su edad y condición lo permiten.
- Colocar al derechohabiente o usuario en posición cómoda.
- Calzarse los guantes.
- Descubrir la zona de aplicación, retirando apósitos si existen.
- Valorar el estado de la piel.
- Limpiar la zona previamente.
- Aplicar el medicamento con gasa o hisopo.
- Aplicar en la dirección del vello para evitar irritación de los folículos pilosos.
- Colocar apósito si fuera necesario.
- Dejar cómodo al derechohabiente o usuario.
- Retirar el equipo y dar los cuidados posteriores a su uso.



- Elaborar las anotaciones en la Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Medidas de Control y Seguridad

- La absorción de medicamento tópico puede verse afectada por la naturaleza de la piel y el producto que se va a administrar.
- Evitar que el medicamento entre en contacto con los ojos.
- Aplicar siempre los medicamentos tópicos sobre la piel limpia.

4.9 Colaboración en la Intubación Orotraqueal.

Concepto

Son las maniobras mediante las cuáles se introduce un tubo a través de la boca o nariz hasta llegar a la traquea del derechohabiente o usuario, con el fin de mantener la vía aérea abierta y proporcionar una buena ventilación.

Objetivo

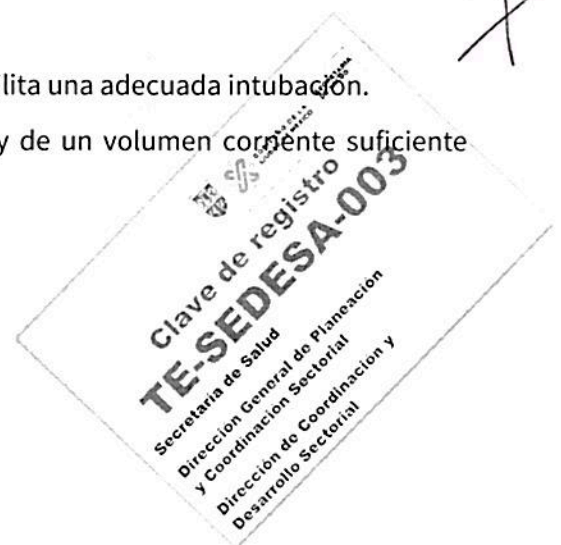
Mantener la vía aérea permeable, estableciendo una vía segura de comunicación y entrada de aire externo hasta la traquea y bronquios, favoreciendo un adecuado intercambio gaseoso.

Principios

- La alineación de los ejes bucal, faríngeo y laríngeo facilita una adecuada intubación.
- La administración de oxígeno a alta concentración y de un volumen corriente suficiente mantienen una insuflación pulmonar adecuada.

Material y Equipo

- Guantes



- Cubrebocas
- Googles
- Laringoscopio con hojas recta y curva.
- Guía metálica
- Pinza Magill
- Tubo o cánula endotraqueal de varios calibres
- Lidocaina en spray
- Jeringa de 10 ml.
- Cinta para fijación de cánula endotraqueal.
- Sondas de aspiración.
- Aspirador portátil o empotrado
- Bolsa válvula mascarilla con reservorio
- Estetoscopio
- Medicamentos para sedación o relajación

Técnica

- Lavarse las manos.
- Preparar equipo y material y trasladarlo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Identificar al derechohabiente o usuario.
- Colocarse el cubrebocas.
- Informar al derechohabiente o usuario el procedimiento, siempre que sea posible.
- Bajar la cabecera del derechohabiente, hasta que quede en posición horizontal.
- Colocarse guantes
- Aspirar secreciones orofaríngeas
- Administrar la medicación indicada para sedar o relajar al derechohabiente o usuario. Si este está consciente.



- Proporcionar al médico el material de ventilación, laringoscopio, tubo endotraqueal (previamente revisado), pinza magill, guía metálica y lidocaína en spray.
- Inflar el balón una vez introducido el tubo endotraqueal y fijar.
- Comprobar la correcta ventilación de ambos campos pulmonares.
- Dejar cómodo y limpio al derechohabiente o usuario.
- Retirar el equipo y dar los cuidados posteriores a su uso.
- Quitarse los guantes y lavarse las manos.
- Realizar anotaciones correspondientes en la Hoja de Registros Clínicos Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Medidas de control y seguridad.

- Comprobar que el derechohabiente o usuario no use prótesis dental.
- Si el derechohabiente o usuario tiene instalada sonda nasogástrica, conectar a la bolsa recolectora y colocar a derivación o en declive.
- Comprobar que el globo no tenga fuga de aire, antes de introducir la cánula al derechohabiente o usuario.
- Observar la constante permeabilidad del tubo orotraqueal.
- Mantener monitoreo constante al derechohabiente o usuario, para detectar la posible aparición de arritmias.

4.10 Instalación de Catéter Venoso Periférico (C.V.P)

Concepto

Es la introducción de un dispositivo intravascular corto en una vena con fines diagnósticos, profilácticos o terapéuticos.



Objetivos

- Establecer una vía de acceso sanguíneo para el suministro de líquidos, medicamentos o hemocomponentes.
- Disponer de un acceso venoso rápido, seguro y eficaz.
- Mantener el equilibrio hidroelectrolítico en el organismo del derechohabiente o usuario.
- Lograr un efecto más rápido de los medicamentos.

Principios

- Los criterios básicos son la preservación del capital venoso del paciente para la aplicación de la terapia intravenosa y el uso racional de su anatomía vascular.
- Todas las células del organismo necesitan cantidades determinadas de líquidos y electrolitos para su proceso metabólico.
- La sangre transporta sustancias del exterior al interior de las células y viceversa por ello el volumen y la presión de la sangre circulante deben conservarse dentro de ciertos límites para satisfacer las necesidades variables de los órganos.
- Las paredes de las venas son muy delgadas, pero de estructura muscular, lo cual permite su dilatación y constricción.

Material

- Mesa Pasteur.
- Solución a infundir.
- Equipo de infusión.
- Catéteres de diversos calibres.
- Gasas estériles de 5x7.5 cm.
- Cubre bocas.
- Ligadura.
- Guantes estériles.



- Apósito transparente estéril.
- Torundera con antiséptico:
 - a) Alcohol isopropílico al 70%.
 - b) Gluconato de Clorhexidina al 0.5%
- Contenedor rígido para desecho de punzocortantes.
- Contenedor de desechos.

Técnica:

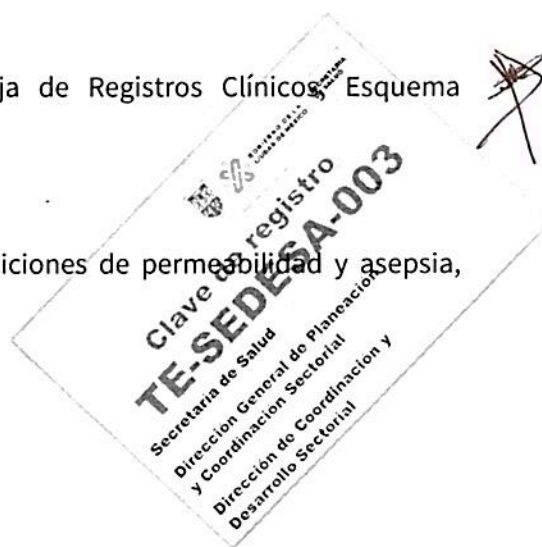
- Lávarse las manos.
- Colócase cubrebocas.
- Desinfectar la mesa Pasteur.
- Preparar material y equipo.
- Identificar al derechohabiente o usuario.
- Colocar la solución a infundir en el tripié.
- Insertar el equipo de infusión y purgar.
- Colocar al derechohabiente o usuario en una posición cómoda, para realizar el procedimiento.
- Seleccionar el sitio anatómico de instalación valorando: trayecto, movilidad, diámetro, fragilidad, válvulas visibles y bifurcaciones.
- Realizar la higiene de manos con solución a base de alcohol.
- Cálzarse los guantes.
- Tomar una torunda con alcohol.
- Realizar asepsia del centro a la periferia en un radio de 3-5 cm, tratando de no contaminarlo con la piel circundante, desécharla y permitir que seque por sí solo. Realizar dos tiempos.
- Si se utiliza Gluconato de clorhexidina dar un solo tiempo durante 45 segundos y dejar que seque por sí solo.
- Seleccionar el catéter de diámetro adecuado a la vena.



- Tomar el catéter, mantener la aguja en un ángulo de 15° a 45° e insertar con el bisel de la aguja metálica hacia arriba.
- Verificar el retorno venoso en la cámara del catéter.
- Retroceder una pequeña parte de la guía metálica y desliza el catéter.
- Colocar una gasa por debajo del pabellón del catéter.
- Hacer presión en la parte superior de la vena 2 a 3 cm del sitio de inserción que se canalizó mientras termina de extraer la guía metálica para evitar la salida de sangre.
- Conectar el equipo de infusión, abrir la llave de paso y cerciarse del adecuado flujo.
- Retirar la gasa y depositarla en la bolsa de desechos.
- Aplicar el apósito transparente para fijar el catéter.
- Retirar los guantes de ambas manos y deséchalos.
- Colocar cintas fijadoras de tela adhesiva por encima del apósito transparente; estas deben abrazar el catéter, manteniendo la visibilidad del sitio de inserción.
- Fijar el equipo para venoclisis evitar que traccione el catéter.
- Regular el goteo.
- Colocar la etiqueta de instalación con los siguientes datos: nombre completo y fecha de nacimiento del derechohabiente o usuario, calibre del catéter, fecha de instalación y nombre completo de la persona que lo instaló, sin obstruir la visibilidad y trayecto del catéter.
- Dejar cómodo al derechohabiente o usuario.
- Retirar el material y equipo.
- Lávarse las manos.
- Realizar las anotaciones correspondientes en la Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Medidas de Control y Seguridad:

- Mantener el acceso venoso periférico en óptimas condiciones de permeabilidad y asepsia, para prevenir complicaciones.



- Valorar frecuentemente el sitio de punsión cuando administre infusiones clasificadas como no irritantes o no vesicantes.
- Valorar rigurosamente cuando administres medicamentos vesicantes o vasoconstrictores.
- Vigilar el sitio de inserción además del trayecto de la vena según las escalas de infiltración y flebitis.

Escalas de Infiltración y Flebitis

ESCALA DE INFILTRACIÓN		ESCALA DE FLEBITIS.	
Grado	Criterios clínicos	Grado	Criterios clínicos
0	Ninguno	0	Ninguno
1	Piel pálida, edema menor de 2.5 cm. Frío al tacto, con o sin dolor.	1	Eritema en el sitio de acceso sin dolor.
2	Piel pálida, edema de 2.5 cm. Frío al tacto, con o sin dolor	2	Dolor en el sitio de acceso con eritema o edema.
3	Piel pálida, traslúcida, edema notable mayor a 15 cm, frío al tacto, dolor leve a moderado, posible entumecimiento.	3	Dolor en el sitio de acceso con eritema y/o edema, formación de estrías, vena palpable.
4	Piel pálida y traslúcida, piel tirante con exudado, edema notable mayor a 15 cm, edema profundo, alteración circulatoria, dolor moderado a intenso.	4	Dolor en el sitio de acceso con eritema y/o edema, formación de estrías, vena palpable mayor de 2.5 cm de longitud, secreción purulenta.

- Realizar higiene de manos con agua y jabón antes de la manipulación de los dispositivos venosos periféricos.
- Realizar asepsia de los puertos de inyección y conexiones con torunda alcoholada antes de manipular.

- Retirar el catéter si hay datos de flebitis, extravasación, complicación o a los 7 días de instalado.
- Retirar cualquier dispositivo que no sea necesario o si ya se tiene un acceso venoso central.

4.11 Instalación de Catéter Venoso Central por Punción (PICC)

Concepto.

Es la instalación de un catéter central insertado percutáneamente a través una vena periférica y avanzado hasta una posición central.

Objetivos

- Proporcionar un acceso directo en una vena de grueso calibre para hacer grandes aportes parenterales, mediciones hemodinámicas y cubrir situaciones de emergencia.
- Disminuir complicaciones de neumotórax, ligamiento de vasos sanguíneos o alteración de la circulación al retiro del catéter.

Principios.

- Cuanto más tiempo esté colocado el PICC mayor riesgo de infección.
- El catéter puede desgastar las paredes del vaso sanguíneo haciendo que el líquido o medicamento intravenoso se filtre dentro de las áreas cercanas del cuerpo.
- El PICC puede desgastar la pared del corazón ocasionando sangrado grave y funcionamiento cardíaco deficiente.

Material

- Mesa Pasteur.
- Ropa de cirugía estéril (2 campos y bata).
- Dos guantes quirúrgicos estériles.



- Gorro y cubre bocas.
- Antisépticos:
- Soluciones individuales a granel:
 - Alcohol isopropílico al 70%
 - Yodopovidona al 10%
- Gluconato de clorhexidina al 0.5% con alcohol isopropílico al 70 %.
- Jeringas de 10 ml.
- Agujas hipodérmicas.
- Instrumental: 1 riñón de acero inoxidable, 2 vasos graduados. 1 pinza de disección sin dientes, tijeras de mayo.
- Llave de tres vías u octopus.
- Catéter PICC de uno, dos o tres lumenes, de acuerdo a la valoración del paciente.
- Solución fisiológica al 0.9%.
- Heparina 1000 UI.
- Apósito transparente.
- Solución a infundir.

Técnica

a) Participación de enfermería previa instalación

- Colocar cubre bocas.
- Lávarse las manos con agua y jabón.
- Sanitizar la mesa Pasteur.
- Preparar la solución a administrar en un área específica.
- Preparar el material y equipo y trasladarlo a la unidad del paciente.
- Identificar al paciente.
- Colocar al paciente pediátrico en la posición adecuada.



- Limitar los movimientos de extremidades y evitar posiciones forzadas.
- Evitar cubrir la cara o extremidades inferiores.
- Abrir el instrumental y colocar el material estéril
- Asistir al médico o a la enfermera calificada durante el procedimiento.
- Monitorizar en el derechohabiente o usuario frecuencia cardíaca, respiratoria, saturación de oxígeno coloración de extremidades
- Vigilar que se lleven a cabo las medidas asépticas necesarias.

b) Participación de enfermería posterior a la instalación.

- Realizar lavado de manos con agua y jabón.
- Valorar complicaciones inmediatas: hematomas, ruptura del catéter, punción arterial, arritmia cardíaca, lesión nerviosa, posición anómala del catéter, extravasación u obstrucción.
- Corroborar hemostasia en sitio de inserción para poder fijar el catéter.
- Cálzarse los guantes.
- Limpiar el sitio de inserción nuevamente con alcohol para eliminar cualquier remanente de sangre.
- Auxiliar al médico o enfermera para la fijación del catéter; coloque una cinta fijadora estéril, enrede el largo del catéter cuidadosamente a la periferia del sitio de inserción.
- Aplicar el apósito transparente para fijar el catéter cubriendo el sitio de inserción sin estirarlo, realizar presión suave sobre el apósito en toda su extensión, del centro a la periferia para que el adhesivo se fije a la piel, evitar dejar burbujas por debajo del apósito
- Previa indicación médica conectar el catéter al equipo de infusión y regular el goteo.
- Retírese los guantes.
- Realizar higiene de manos con solución a base de alcohol.
- Colocar etiqueta con: fecha de instalación, nombre del médico que colocó el catéter y nombre completo de la enfermera que asistió el procedimiento.
- Deje cómodo al derechohabiente o osuario.



- Retire el material.
- Realizar la hoja de reporte de instalación de catéter venoso central.
- Registrar el procedimiento en la hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería: calibre del catéter, centímetros introducidos, fecha y nombre de quien instaló.

Medidas de Control y Seguridad.

- Valorar la permeabilidad y correcta posición del catéter.
- Valorar diariamente las condiciones del sitio de inserción del catéter, mediante palpación y visualización a lo largo del trayecto de la vena.
- Utilizar guantes estériles para la manipulación de las conexiones y administración de medicamentos.
- Mantener el catéter, adaptadores y conexiones libres de sangre para evitar la formación de coágulos o su paso al paciente.
- No administrar hemoderivados ni tomar muestras de laboratorio.
- Permeabilizar el catéter con 0.5 ml de solución salina al 0.9% cada vez que se administren medicamentos
- Evitar acodaduras y fijar adecuadamente el catéter para evitar movimientos o pérdida accidental del mismo.
- No mojar el catéter durante el baño.
- No aplicar antibióticos tópicos o cremas en el sitio de inserción ya que puede provocar resistencia microbiana e infecciones por hongos.
- Vigilar los signos y síntomas de bacteriemia relacionados al uso de catéteres como: eritema, presencia de fiebre o distermias, escalofríos/diaforesis, pilo erección, leucocitosis sin foco infeccioso a distancia, reporte al médico y clínica de catéter.
- En sospecha de bacteriemia o infección local, tome hemocultivo periférico y central, al retirar el catéter envíe la punta a cultivo (5 cm en un tubo de ensaye sin medio de cultivo para técnica de Maki).



4.12 Medición de la Presión Venosa Central (PVC)

Concepto

Medición de la presión de la sangre existente en la vena cava o en la aurícula derecha en cm de agua. La PVC es el resultante de un conjunto de variantes que determinan: volumen sanguíneo intravascular, tono venoso, distensibilidad del ventrículo derecho, presión intratorácica y retorno venoso.

Objetivos

- Obtener un parámetro hemodinámico, que nos permita monitorizar la administración de líquidos, con el fin de mantener una volemia adecuada.
- Contar con un parámetro que sirva de guía en la administración de líquidos, para mantener un equilibrio hemodinámico.
- Tener información sobre el estado de volemia del derechohabiente o usuario y su respuesta al tratamiento.

Principios

- La presión venosa central refleja el equilibrio entre el volumen sanguíneo circulante y la capacidad del corazón para bombear dicho volumen.
- Los líquidos se introducen tomando en consideración la reacción de la presión arterial a la carga volumétrica y no por las presiones que se miden en forma inicial.

Material y Equipo

- Acceso venoso central (incluido cualquier catéter que alcance la vena cava superior o la aurícula derecha).
- Equipo de presión venosa central con escala numérica.
- Solución de cloruro de sodio al 0.9% según prescripción médica.
- Llave de tres vías



- Guantes
- Gasas
- Tripié o gleiro

Técnica

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el equipo.
- Trasladar el equipo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Colocar al derechohabiente o usuario en posición supina.
- Colgar y purgar el equipo de PVC en el tripié o gleiro.
- Calzarse los guantes.
- Conectar el sistema de PVC al catéter central comprobando la permeabilidad de la vía central y cerrar las vías de medicación.
- Determinar el nivel cero del derechohabiente o usuario a nivel de la línea media axilar, aurícula derecha, aproximadamente en el cuarto espacio intercostal derecho.
- Girar la llave de paso de manera que la escala graduada se llene con solución salina hasta 19 a 30 cm.
- Girar la llave de tres vías, de modo que la columna quede comunicada con el catéter del derechohabiente o usuario, aislando la solución.
- Esperar a que la columna de líquido en la escala graduada descienda hasta el momento en que oscile y detenga su descenso. Este valor es el que se registra como la PVC.
- Realizar la lectura durante la espiración del derechohabiente o usuario, porque la presión intratorácica es menor en ese periodo.
- Restablecer la permeabilidad del catéter regulando el flujo de las soluciones, indicadas al término de la lectura.
- Dejar cómodo al derechohabiente o usuario.
- Realizar las anotaciones correspondientes en la Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.



clave de registro
TESEDESA-003
Secretaría de Salud
Dirección General de Planeación
y Coordinación Sectorial
Dirección de Coordinación y
Desarrollo Sectorial

Medidas de Control y Seguridad

- La PVC en el recién nacido pretérmino, puede oscilar normalmente entre 5 y 10 cm. de agua, en el recién nacido a término entre 8 y 10 cm. y en el adulto entre 8 a 12 cm.
- La PVC puede ser registrada continuamente o de manera intermitente, la evolución de diferentes valores es más importante que la medición única.
- Si el derechohabiente o usuario se encuentra con ventilación mecánica intermitente, la cifra de la PVC se elevará, por lo que de ser posible se deberá desconectar al derechohabiente o usuario del ventilador temporalmente.
- Observe al derechohabiente o usuario en busca de complicaciones.
- Antes de medir la PVC confirmar la correcta colocación y posición del catéter a través de una radiografía de tórax.
- Enjuague el catéter para evitar la obstrucción por coágulos de sangre.
- Evite burbujas de aire en todo el sistema de medición de PVC.
- Verificar que el sistema o equipo de PVC no esté doblado.

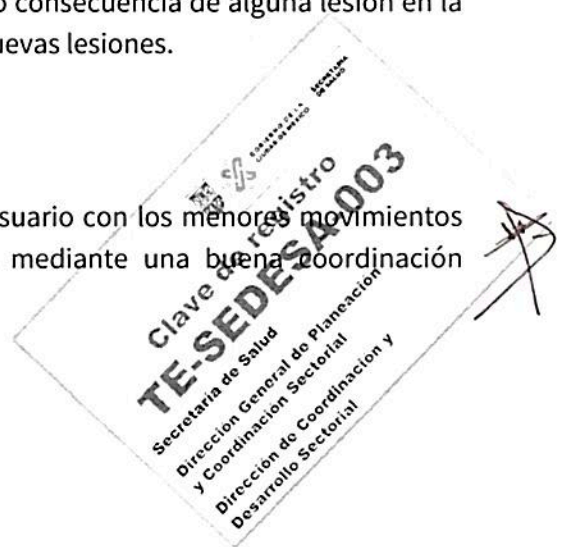
4.13 Movilización en Bloque

Concepto

Es una técnica, que se lleva a cabo para la movilización necesaria de un derechohabiente o usuario, que debe mantener una posición completamente recta, como consecuencia de alguna lesión en la columna vertebral, teniendo extremo cuidado en no causar nuevas lesiones.

Objetivo

Disminuir el riesgo de mayor lesión del derechohabiente o usuario con los menores movimientos posibles y evitar posibles lesiones del personal sanitario, mediante una buena coordinación durante el procedimiento.



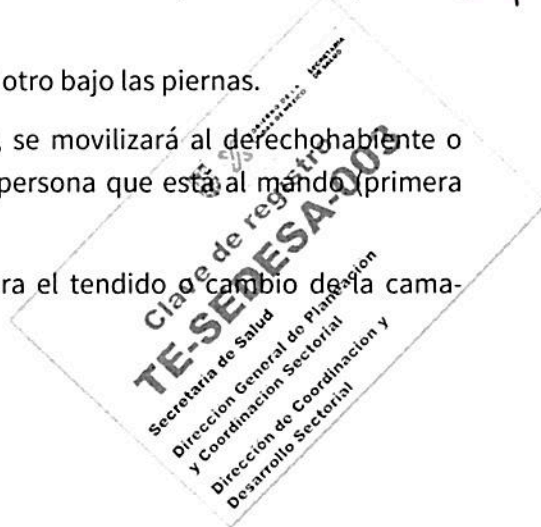
Principios

- Mantener siempre la espalda recta, usando los pies separados en dirección del movimiento, buscando un equilibrio corporal.
- El correcto conocimiento del procedimiento y la adecuada valoración del derechohabiente ayudaran a evitar posibles daños al usuario.
- La movilización en bloque no deberá ser una actividad agotadora, ni una fuente de riesgos para las personas que realizaran el movimiento, ni para el usuario si se tiene el conocimiento de lo que se va a realizar.

Técnica

Movilización de un paciente en bloque con tres personas.

- Identificar al derechohabiente o usuario.
- Valorar el estado físico y emocional del derechohabiente o usuario.
- Colocar la camilla de forma vertical o en línea.
- Las tres personas se colocarán del mismo lado de la camilla, uno al lado del otro, desde la cabecera del derechohabiente hasta los pies. Todos se colocarán con los pies separados.
- Colocar los brazos del derechohabiente sobre su pecho, evitando así que el traslado o desplazamiento puedan ser dañados por alguna lesión que pudiera originarse.
- La primera persona que se encuentra a la altura de los hombros del derechohabiente, introducirá sus brazos, uno por debajo del cuello y los hombros y otro debajo de la cintura.
- La segunda persona, introducirá sus brazos, uno debajo de la cintura y el otro debajo de los glúteos.
- La tercera persona colocará un brazo bajo los muslos y el otro bajo las piernas.
- Una vez colocadas en sus posiciones las tres personas, se movilizará al derechohabiente o usuario en un solo movimiento, siguiendo la voz de la persona que está al mando (primera persona).
- Existe una variante en que una cuarta persona, realizara el tendido o cambio de la cama-camilla en el menor tiempo posible.



- Las tres personas que realizaron la movilización en bloque del derecho habiente o usuario lo regresaran en un solo movimiento de manera simultánea.

Medidas de Control y Seguridad

- Evaluar el trabajo (conocer la movilización a realizar y como realizarla).
- Planificar la movilización.
- Respetar los principios básicos para la movilización del derechohabiente o usuario.
- Trabajar en coordinación las personas que van a realizar la movilización y explicar al derechohabiente o usuario pidiéndole siempre su colaboración para evitar daños físicos.

4.14 Colocación de Guantes Estériles.

Concepto:

Son las maniobras que se llevan a cabo para colocarse los guantes.

Objetivo

Proteger a la enfermera y al derechohabiente o usuario evitando la transmisión de infecciones asociadas a la atención sanitaria.

Principios.

- El uso de guantes evita la propagación de microorganismos.
- El uso de guantes no sustituye el lavado de manos.

Material

- Guantes de látex estériles.



Técnica:

- Realizar el lavado de manos.
- Tomar el paquete donde vienen los guantes, atendiendo a las indicaciones izquierda-derecha que aparecen en él.
- Tomar el primer guante por el puño, que está doblado hacia fuera, tocando sólo el interior y se introduce la mano.
- Tomar el segundo guante con la mano enguantada, por el doblado del puño y se introduce la otra mano.
- Ajustar los dedos y desdoblar los puños tocando sólo el exterior.
- Realizar las acciones programadas al derechohabiente o usuario.
- Para quitarlos, retirar el primer guante tocándolo sólo por el exterior. El otro se retira con la mano desenguantada sin tocar el exterior.

Medidas de seguridad

- No reutilizar los guantes, siempre son de un solo uso.
- En ningún caso, el uso de guantes sustituirá al lavado de manos.
- Cuando aún no se tienen puestos los guantes, las manos sólo pueden tocar la parte interna del guante; cuando se tienen puestos, sólo se puede tocar la parte externa del guante.

4.15 Técnica de Colocación de Bata

Concepto:

Maniobras para colocar en forma aséptica la bata.

Objetivo

Conservar un máximo de seguridad entre la enfermera y el derechohabiente o usuario para evitar la transmisión de enfermedades asociadas a la atención sanitaria.



Principios

- La bata se utiliza para impedir la contaminación del uniforme de trabajo y/o para evitar la transmisión de gérmenes desde la ropa de trabajo al derechohabiente o usuario.
- La colocación de prendas de aislamiento o barrera es una de las medidas empleadas para evitar la transmisión de enfermedades.

Material

- Bata de tela o desechable.

Técnica:

- Lavarse las manos antes de abrir el paquete de la bata.
- Abrir el paquete de la bata.
- Tomar por la parte interior del cuello o cintas. Al desdoblarla se debe evitar que toque el suelo o cualquier objeto.
- Introducir los brazos en las mangas y dejarla resbalar hacia los hombros; se puede ayudar con las manos, pero sin que éstas toquen el exterior de la bata.
- Atar las cintas empezando por las del cuello y terminar por las cintas de la cintura.
- Realizar las acciones programadas con el derechohabiente o usuario.
- Para quitarse la bata, antes habrá que quitarse los guantes. Si no se llevan puestos, habrá que lavarse las manos.
- Se desatan las cintas empezando por la cintura y se deja resbalar la bata.
- Si se va a desechar, se recoge con el exterior hacia dentro y se introduce en la bolsa de ropa sucia.
- Si se va a rehusar, se dobla con el exterior hacia adentro y se coloca en la percha.



Medidas de seguridad

- Debe ser amplia y cubrir hasta debajo de las rodillas. Los puños son elásticos, por delante es lisa y por detrás se sujeta mediante cintas.
- Puede ser de tela (reutilizable) o de papel (desechable).
- Se usa en todos los casos en que haya riesgo de contaminación del derechohabiente o usuario.
- Se utiliza una bata con cada enfermo y no se puede salir con ella fuera del lugar concreto donde se ha usado.



5. ANEXOS

5.1 Asistencia al Derechohabiente o Usuario con Paro Cardiorespiratorio.

Concepto

Es una combinación de compresiones torácicas y respiraciones, que se proporcionan cuando un derechohabiente o usuario se encuentra inconsciente, no respira y no tiene pulso.

Objetivo

Restablecer de manera inmediata la capacidad respiratoria y la actividad del corazón, restaurando la circulación del derechohabiente o usuario, para evitar daños causados por anoxia.

Principios

- Una RCP de alta calidad mejora el índice de supervivencia tras una parada cardíaca súbita.
- Mantener o detener la Reanimación Cardio Pulmonar debe basarse en los intereses del derechohabiente o usuario y su familia.

Material y Equipo

Carro de Reanimación

- Bolsa autoinflable adulto y pediátrico.
- Parches para electrodo adulto, pediátrico y neonatal.
- Llaves de tres vías.
- Jeringas de 5, 10, y 20 ml.
- Agujas hipodérmicas.
- Equipo de venoclisis con microgotero.
- Equipo de venoclisis con normogotero.





GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



SECRETARÍA
DE SALUD

- Aguja intraósea.
- Sondas de aspiración.
- Cánulas endotraqueales de diversos calibres adulto y pediátrico.
- Guía metálica adulto y pediátrico.
- Lidocaína 2 % con atomizador.
- Cánulas de Guedel de diversos calibres.
- Mango de laringoscopio con hojas curvas y rectas.
- Guantes.
- Extensión para oxígeno.
- Puntas nasales.
- Mascarilla laríngea adulto y pediátrico.
- Monitor- desfibrilador.
- Tanque de oxígeno.

Medicamentos

- Agua inyectable amp.
- Adenosina sol. Inyectable 6mg./2ml.
- Adrenalina sol. Inyectable 1mg/1ml.
- Atropina sol. Inyectable 1mg/1ml.
- Amiodarona sol inyectable 150mg/3ml.
- Bicarbonato de sodio al 7.5% fco y/o. Amp.de 10 y/o 50 ml.
- Diazepam sol. Inyectable 10mg/1ml.
- Dobutamina sol. Inyectable 250mg/20ml.
- Dopamina sol. Inyectable 200mg/5ml.
- Esmolol sol. inyectable 2.5mg/10ml.



- Midazolam sol inyectable de 5mg/5ml ó 15 mg/3ml.
- Vecuronio sol inyectable 4mg/1ml.
- Gluconato de calcio sol inyectable 1gr/10ml.
- Glucosa al 50 % fco.amp. 50 ml.
- Hidrocortizona sol inyectable 100mg/2ml.
- Metilprednisolona sol inyectable 100mg/2ml.
- Nitroglicerina sol inyectable 50mg/10ml.
- Nitroprusiato de sodio sol. Inyectable 50mg/2ml.
- Sulfato de magnesio sol. inyectable 1.5mg/10ml.
- Lidocaína al 2 % sol inyectable 50ml.

Técnica

- Comprobar el estado clínico del derechohabiente o usuario.
- Solicitar ayuda y activa el código de derechohabiente en paro cardiorespiratorio.
- Permanecer con el derechohabiente o usuario.
- Solicitar que acerquen el carro de reanimación a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Colocar la tabla de paro al derechohabiente o usuario, por abajo del tronco superior.

Si el derechohabiente o usuario no esta intubado:

- Permeabilizar la vía aérea
- Retirar objetos extraños de la boca
- Aspirar secreciones
- Abrir la vía aérea con métodos manuales.



Si no se reestablece la respiración espontánea.

- Oxigenar al derechohabiente o usuario.
- Conectar la bolsa autoinflable a la fuente de oxígeno.
- Abrir la llave de paso de oxígeno a razón de 15 litros por minuto.
- Colocar la bolsa válvula mascarilla al derechohabiente o usuario abarcando boca y nariz asegurándose de que no haya fuga.
- Ventilar con la bolsa válvula mascarilla con reservorio, observando los movimientos torácicos, del derechohabiente o usuario.
- Asistir al médico para la intubación orotraqueal si procede.

Si el derechohabiente o usuario esta intubado.

- Oxigenar al derechohabiente o usuario con la bolsa válvula mascarilla con reservorio, conectada a la fuente de oxígeno o con el ventilador.

Si el derechohabiente o usuario no esta monitorizado.

- Palpar el pulso carotídeo, si está presente continúa con la ventilación a una frecuencia de 12 respiraciones por minuto. si esta ausente inicia con compresiones a una frecuencia de 30 compresiones, por 2 ventilaciones cinco ciclos.
- Colocar los electrodos para monitorizar el trazo del derechohabiente o usuario e identifica la presencia de arritmias.
- Preparar el desfibrilador si se observa fibrilación ventricular o taquicardia ventricular sin pulso, se deberá cardiovertir al derechohabiente o usuario.

Cuidados Post-Reanimación

- Dejar cómodo y limpio al derechohabiente o usuario y mantenerlo con monitoreo y observación continua.
- Asistir al derechohabiente o usuario en la realización de estudios de laboratorio y gabinete.
- Realizar las anotaciones correspondientes en la hoja de registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería.



Medidas de Control y Seguridad

- Mantener el carro de reanimación siempre equipado al término del evento como lo establece el proceso estandarizado de carro de reanimación.
- Mantener siempre un acceso venoso periférico permeable, para la administración de medicamentos durante el evento de reanimación.
- Realizar el registro preciso del tiempo de reanimación (hora de inicio y termino), así como los medicamentos que se administraron durante el evento de reanimación cardiopulmonar en la hoja de registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería.

5.2 Asistencia en la Cardioversión.

Concepto

Es la aplicación de terapia eléctrica para el manejo de arritmias diferentes a la fibrilación ventricular y taquicardia ventricular sin pulso como alternativa al tratamiento de farmacocardioversión.

Objetivo

Revertir una arritmia a ritmo sinusal, despolarizando por completo el corazón para permitir que el nodo sinusal vuelva a asumir su papel de marcapaso fisiológico, evitando daños irreversibles en el organismo, causados por anoxia.

Principios

- Las taquiarritmias suelen preceder a la fibrilación ventricular y precipitan el deterioro de la estabilidad hemodinámica.
- La cardioversión eléctrica libera una carga de energía sincronizada con la actividad intrínseca del corazón.

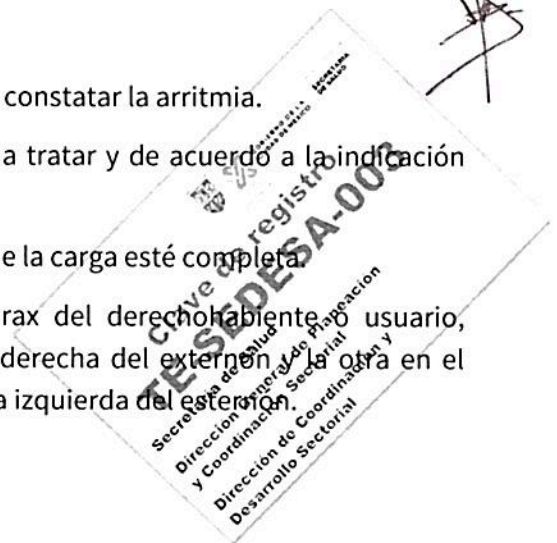


Material y Equipo

- Guantes.
- Cubrebocas.
- Carro de paro equipado con: Desfibrilador con monitor, electrodos y gel conductor.
- Bolsa válvula mascarilla con reservorio, cánula de Guedel, laringoscopio y cánulas oro-traqueales.
- Material necesario para el acceso venoso.
- Anestésicos.
- Aspirador empotrado.
- Fuente de oxígeno empotrado.
- Ventilador.

Técnica

- Colocar cubrebocas
- Calzarse los guantes.
- Comprobar el estado clínico del derechohabiente o usuario
- Colocar al derechohabiente o usuario en posición de decúbito dorsal o supina
- Tomar un ECG de 12 derivaciones, previo a la cardioversión para documentar la arritmia.
- Programar el desfibrilador en forma sincrónica. (SINC)
- Aplicar gel conductor en las palas.
- Comprobar el ritmo cardíaco en la pantalla del monitor y constatar la arritmia.
- Seleccionar la energía de la descarga según la arritmia a tratar y de acuerdo a la indicación médica.
- Esperar señales visuales y acústicas, que nos indiquen que la carga esté completa.
- El médico presiona las palas firmemente sobre el tórax del derechohabiente o usuario, colocando una paleta en el 2º espacio intercostal a la derecha del esternón y la otra en el quinto espacio intercostal en la línea media claviclar a la izquierda del esternón.



- Asegurarse que todos se alejen de la cama del derechohabiente o usuario.
- Realizar la descarga.
- Comprobar la existencia de ritmo sinusal normal.
- Apagar el desfibrilador.
- Retirar los electrodos al derechohabiente o usuario.
- Limpiar la piel del derechohabiente o usuario y el equipo.
- Dejar cómodo y limpio al derechohabiente o usuario y mantenerlo con monitoreo y observación continua.
- Realizar las anotaciones correspondientes en la Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería. (anotando el número de descargas y Joules)

Medidas de Control y Seguridad

- La técnica de cardioversión debe llevarse a cabo sin riesgo para los miembros del equipo de reanimación.
- Tener cuidado con los entornos y ropa húmeda.
- Si procede, secar al paciente antes de la cardioversión.
- No tocar el entorno del paciente durante la descarga.
- El médico que realiza la descarga debe asegurarse que todo el equipo de reanimación este alejado del paciente durante la desfibrilación.
- Si se esta ventilando con balón resucitador, alejar la fuente de oxígeno al menos un metro de las palas o parche de desfibrilación.
- Si el paciente está con ventilación mecánica, dejar el sistema cerrado durante la desfibrilación vigilando que no haya fugas.



5.3 Asistencia en la Desfibrilación

Concepto

Es un procedimiento de urgencias que consiste en la aplicación transtorácica de una descarga eléctrica sincronizada al miocardio en diferentes arritmias.

Objetivo

Revertir una arritmia cardíaca a ritmo sinusal, despolarizando por completo el corazón para permitir que el nodo sinusal vuelva a adquirir su papel de marcapasos fisiológico.

Principios

- La fibrilación ventricular precede al paro cardiorrespiratorio y puede producir la muerte del derechohabiente o usuario.
- Una descarga eléctrica de corriente continua al corazón, despolariza una masa crítica de células y finaliza la fibrilación ventricular o la taquicardia ventricular, luego de lo cual debe restablecerse la actividad eléctrica normal.

Material y Equipo

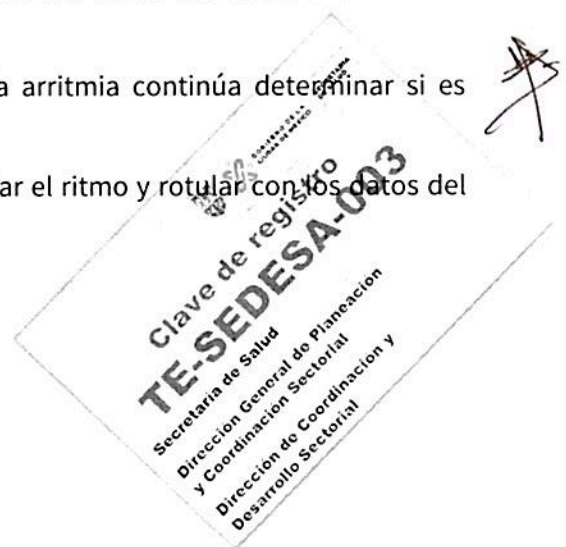
- Carro de paro equipado con:
- Desfibrilador con monitor, electrodos y gel conductor.
- Bolsa válvula mascarilla con reservorio, cánula de Guedel, laringoscopio y cánulas orotraqueales
- Anestésicos.
- Aspirador empotrado.
- Fuente de oxígeno empotrado.
- Ventilador mecánico.





Técnica

- Comprobar el estado clínico del derechohabiente o usuario.
- Monitorizar al derechohabiente y valorar presencia de fibrilación ventricular o taquicardia ventricular sin pulso.
- Colocar al derechohabiente o usuario en posición de decúbito dorsal o supina.
- Tomar un ECG de 12 derivaciones, previo a la desfibrilación para documentar la arritmia.
- Conectar el desfibrilador en forma asincrónica.
- Aplicar gel conductor en las palas.
- Comprobar el ritmo cardíaco en la pantalla del monitor.
- Seleccionar la energía de la descarga (200-300 Joules).
- Pulsar el botón de carga.
- Evitar que haya una atmósfera rica en oxígeno cerca de las palas desfibrilador.
- Esperar señales visuales y acústicas, que nos indiquen que la carga este completa.
- Presionar las palas firmemente sobre el tórax del derechohabiente o usuario, colocando una paleta en el segundo espacio intercostal a la derecha del esternón y la otra en el quinto espacio intercostal en la línea media claviclar a la izquierda del esternón.
- Indicar que todo el equipo de reanimación se aleje de la cama del derechohabiente o usuario.
- Oprimir el botón de descarga de las dos paletas simultáneamente, hasta que se de la descarga completa.
- La descarga queda comprobada por la sacudida brusca del tórax del derechohabiente o usuario.
- Comprobar la existencia de ritmo sinusal normal, si la arritmia continúa determinar si es necesaria otra descarga.
- Imprimir el trazo ECG postdesfibrilación para documentar el ritmo y rotular con los datos del derechohabiente o usuario.
- Apagar el desfibrilador.
- Retirar los electrodos del derechohabiente o usuario.



- Limpiar la piel del derechohabiente o usuario y el equipo.
- Dejar cómodo y limpio al derechohabiente o usuario y mantenerlo con monitoreo y observación continua.
- Realizar las anotaciones correspondientes en la Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Medidas de Control y Seguridad

- La técnica de desfibrilación debe llevarse a cabo sin riesgo para los miembros del equipo de reanimación.
- Tener cuidado con los entornos y ropa humeda.
- Si procede secar al paciente antes de la desfibrilación.
- No tocar el entorno del paciente durante la descarga.
- La persona que da la descarga debe asegurarse que todo el equipo de reanimación este alejado del derechohabiente o usuario durante la desfibrilación.
- Si se esta realizando ventilación con balón resucitador, alejar la fuente de oxígeno al menos un metro de las palas o parche de desfibrilación.
- Si el paciente está con ventilación mecánica, dejar el sistema cerrado durante la desfibrilación vigilando que no haya fugas.

5.4 Asistencia en la Toracosentesis

Concepto

Es el procedimiento mediante el cual se realiza la aspiración de líquido o aire del espacio pleural, por medio de un catéter o una aguja y puede ser un procedimiento diagnóstico o terapéutico.

Objetivos

- Extraer líquido y aire de la cavidad pleural con fines diagnósticos y terapéuticos.



- Facilitar la expansión pulmonar.
- Obtener líquido pleural por aspiración para diagnóstico.
- Aliviar la ansiedad y malestar del derechohabiente o usuario producida por la acumulación de líquido o aire.
- Lograr un adecuado intercambio gaseoso.

Principios

- El tórax es considerado como un mecanismo el cual sus funciones principales son la protección de los órganos vitales, de los grandes vasos y la creación de un sistema de vacío para la expansión de los pulmones, para lo cual se requiere de una superficie pleural intacta.
- La diferencia de presión entre la atmósfera y el alvéolo es originada por el trabajo activo que se lleva a cabo al respirar. En la inspiración el tejido pulmonar elástico se distiende y la presión negativa es de -5 mmHg o más. Durante la espiración el tejido pulmonar se retrae y vuelve a su tamaño normal cuya presión es de 2 mmHg.
- La introducción de presión positiva (atmosférica) a la cavidad pleural producirá el colapso repentino del pulmón.

Material y Equipo

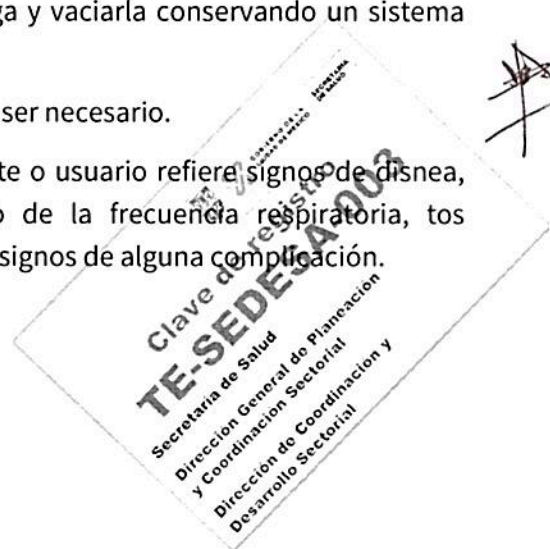
- Guantes estériles.
- Cubreboca.
- Bata estéril.
- Equipo de curación.
- Clorhexidina al 2%
- Lidocaína al 2%
- Jeringa 10ml. Y 20ml.
- Agujas
- Catéter periférico calibre # 14



- Gasas
- Tubos para muestras estériles
- Equipo para venoclisis
- Llave de tres vías

Técnica

- Identificar al derechohabiente o usuario.
- Explicar al derechohabiente o usuario el procedimiento y pedirle que colabore.
- Preparar equipo y material y trasladarlo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Lavarse las manos antes del procedimiento.
- Mantener monitorizado al derechohabiente o usuario durante todo el procedimiento.
- Administrar oxígeno según prescripción médica.
- Sentar al derechohabiente o usuario en el borde de la cama, ligeramente inclinado hacia delante, apoyando los brazos en una almohada para favorecer la separación de los espacios intercostales.
- Solicitar al derechohabiente o usuario que durante el procedimiento evite toser, moverse o respirar profundamente para evitar puncionar la pleura o el pulmón.
- Colaborar con el médico durante el procedimiento.
- Proporcionar el material estéril necesario para la asepsia de la piel y el procedimiento.
- La llave permite aspirar aire libre al interior de la jeringa y vaciarla conservando un sistema cerrado.
- Proporcionar los tubos para toma de muestra en caso de ser necesario.
- Observar si durante el procedimiento el derechohabiente o usuario refiere signos de disnea, taquipnea, taquicardia, hipotensión, mareo, aumento de la frecuencia respiratoria, tos incontrolable, esputo espumoso teñido de sangre, como signos de alguna complicación.
- Colocar gasa estéril y apósito en el sitio de punción.
- Dejar cómodo al derechohabiente o usuario.



- Registrar la cantidad total de líquido extraído y características en la Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Medidas de Control y Seguridad

- Solicitar control radiográfico después de la toracocentesis.
- Tratar el dolor según las indicaciones médicas.
- El monitoreo continuo y la vigilancia continua permite detectar de manera oportuna la aparición de cualquier signo y síntoma, como señal de alguna complicación.
- Cambiar los apósitos según sea necesario.

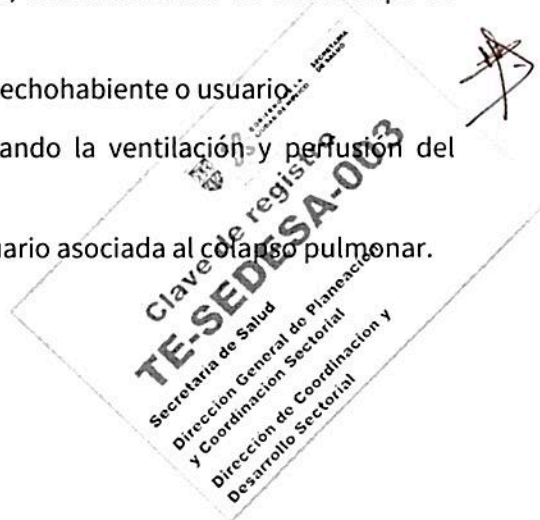
5.5. Asistencia en el Drenaje Torácico.

Concepto

Es una técnica mediante la cual se realiza la introducción de un tubo o sonda en la cavidad pleural, unido a un sistema de drenaje hermético o de aspiración, que pretende drenar y liberar de manera continua la cavidad pleural de la presencia anómala de líquido o aire excesivo, restaurando la presión negativa para una adecuada expansión pulmonar.

Objetivos

- Facilitar la remoción de líquido, sangre y función respiratoria del derechohabiente o usuario.
- Evitar la entrada de aire atmosférico en el espacio pleural, mediante el uso de una trampa de agua.
- Restaurar la presión negativa del espacio pleural en el derechohabiente o usuario.
- Promover la reexpansión del pulmón colapsado mejorando la ventilación y perfusión del derechohabiente o usuario.
- Aliviar la dificultad respiratoria del derechohabiente o usuario asociada al colapso pulmonar.



Principios

- Los pulmones contienen una gran cantidad de tejido elástico, que de manera natural tiende a retraerse produciendo presiones negativas.
- La diferencia de presión entre la atmósfera y el alvéolo es originada por el trabajo activo que se lleva a cabo al respirar.

Material y Equipo

- Equipo de pleurotomía
- Sistema de drenaje hermético
- Sonda de drenaje torácico de acuerdo a la edad del derechohabiente o usuario
- Tubo tígón o látex estéril
- Guantes estériles
- Gasas
- Gorros
- Cubrebocas
- Bata estéril
- Aplicador con Clorhexidina al 2%.
- Jeringas de varios calibres
- Agujas de diferentes calibres
- Hoja para bisturí
- Sutura seda del No. 1 o 1/0.
- Apósito transparente grande o micropore.
- Agua inyectable
- Fuente de oxígeno
- Fuente de succión





Técnica

- Lavarse las manos
- Preparar equipo y material y trasladarlo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Explicar al derechohabiente o usuario el procedimiento que se le va a realizar.
- Abrir y ensamblar el sistema de drenaje, llenando el depósito de agua con técnica estéril.
- Conectar el tubo látex al sistema de drenaje y cerciorarse que quede bien sellado.
- Tener disponible el tubo tígón del sistema de drenaje, que se conectara a la sonda del derechohabiente o usuario.
- Monitorizar al derechohabiente o usuario antes, durante y después del procedimiento.
- Colocar al derechohabiente o usuario en posición dorsal y con el brazo en abducción del lado afectado en un ángulo de 90°.
- Abrir el equipo pleurostomía y proporcionar al médico el material necesario para la instalación de la sonda.
- Asistir al médico durante la colocación de la sonda, verificando que se cumplan las medidas de asepsia y antisepsia.
- Verificar la correcta fijación de la sonda pleural a la piel.
- Conectar la sonda al sistema de succión.
- Abrir el sistema de aspiración, previo al retiro de la pinza.
- Colocar una gasa en el sitio de inserción y fijar la sonda pleural con apósito transparente.
- Monitorizar las constantes vitales y evaluar presencia de datos de alarma, una vez terminado el procedimiento.
- Dejar cómodo al derechohabiente o usuario.
- Retirar el material de la unidad del derechohabiente o usuario.
- Dar los cuidados posteriores al equipo.
- Realizar las anotaciones correspondientes, tales como constantes vitales, cantidad y características del líquido extraído, y presencia de complicaciones en la Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.



Medidas de Control y Seguridad

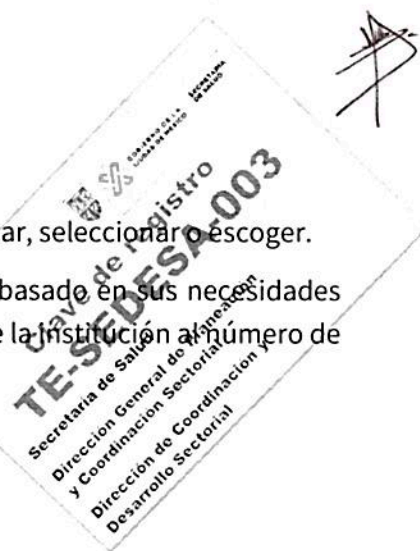
- Cerciorarse de la correcta fijación de la sonda torácica o endopleural.
- Valorar y registrar signos vitales del derechohabiente o usuario al menos durante las dos primeras horas de colocación de la sonda endopleural.
- Observar la fluctuación del nivel de líquido de la cámara en el sello de agua. El nivel de líquido se eleva cuando el derechohabiente o usuario inspira y desciende cuando el derechohabiente o usuario espira.
- La fluctuación del equipo indica la correcta funcionalidad del sistema, de lo contrario indica que hay obstrucción por coágulos, fibrina o acodamiento del tubo.
- Controlar los niveles de agua en las cámaras del equipo de acuerdo a instrucciones de llenado de cada equipo.
- Mantener al derechohabiente o usuario en posición de semifowler
- Verificar que la fuente de succión se encuentre siempre abierta y funcional.
- No elevar el sistema de drenaje por arriba del nivel del tórax del derechohabiente o usuario.
- En caso de extracción accidental de la sonda torácica cubrir de manera inmediata el sitio de instalación y avise a médico tratante.
- Vigile la presencia de datos de infección en el derechohabiente o usuario.
- Identifique la presencia de signos y síntomas tales como: disnea, diaforesis, cianosis, taquicardia, enfisema y avisar de manera inmediata a médico tratante.

5.6 Participación de Enfermería en la Realización del TRIAGE.

Concepto

La palabra TRIAGE deriva del término francés TRIER que significa clasificar, seleccionar o escoger.

Método dinámico y proceso de selección y clasificación de pacientes, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles, con capacidad de adaptación de la institución al número de pacientes que serán ingresados.



Objetivos

- Evitar la demora en la atención a derechohabientes o usuarios que presentan patologías graves y necesitan una atención rápida y avanzada.
- Garantizar una rápida valoración sanitaria de todos los derechohabientes o usuarios que acuden al servicio de urgencias para detectar sus principales problemas de salud.
- Reducir los niveles de ansiedad del derechohabiente o usuario y su familia, mediante una atención rápida.
- Aumentar la información del derechohabiente o usuario sobre su situación real durante su espera, sobre todo en aquellos que presentan patologías que requieren de una espera más larga.
- Garantizar una buena gestión de los recursos físicos y humanos existentes, mediante la distribución y organización de acuerdo a la capacidad del personal.

Principios

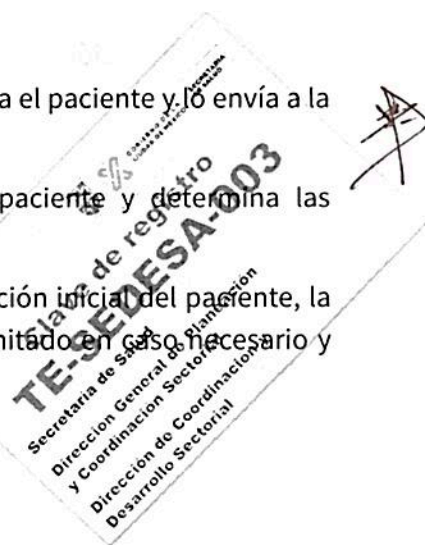
- La valoración clínica correcta permite manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de derechohabientes o usuarios cuando la demanda y las necesidades superan los recursos, privilegiando la posibilidad de supervivencia.
- La disponibilidad de un sistema de Triage en los servicios de urgencias es considerado como un elemento de calidad básico de la relación riesgo-eficacia.

Tipos de TRIAGE

No profesional: Es realizado por una recepcionista o técnico que registra el paciente y lo envía a la sala de espera.

Básico: Es realizado por una enfermera profesional que valora el paciente y determina las necesidades prioritarias y le asigna un área de tratamiento.

Avanzado: Es realizado por una enfermera profesional e incluye valoración inicial del paciente, la solicitud de algunos procedimientos diagnósticos, un examen físico limitado en caso necesario y valoración médica.



Médico: Realizado por médico y la enfermera especialista.

Material y Equipo

Tarjetas de colores: roja, amarilla y verde.

Técnica y Proceso de Atención del TRIAGE.

- El derechohabiente llega al servicio de urgencias.
- Proporcionar silla de ruedas o camilla en caso necesario.
- Informar al personal del área de Triage y mantener la vigilancia en caso de situaciones masivas.
- El médico o la enfermera realiza el triage inicial valorando el hábitus exterior del derechohabiente o usuario, signos vitales y estado de conciencia y define la "Prioridad de atención".
- Se establece contacto con el médico del área que va seguir brindando atención al derechohabiente o usuario.

Prioridad I Tarjeta Roja:

- Pasar inmediatamente al derechohabiente a la sala de observación o reanimación.
- Activar a todo el equipo de reanimación.
- Mantener el contacto con familiar y mandarlo a ventanilla de recepción para el ingreso administrativo.
- Llevar a cabo la atención avanzada, medidas de soporte vital C, A, B, D y estabilización.
- Tomar de muestras para estudios de laboratorio y gabinete.
- Continuar la atención y establecer el destino del derechohabiente: Quirófano, UCI, Hospitalización o traslado a otro hospital.



Prioridad II Tarjeta Amarilla:

- Valorar la disponibilidad de consultorio o cama de observación (10 a 15 minutos)
- Pasar al derechohabiente usuario a valoración y posteriormente enviar a familiares a ventanilla a realizar el ingreso.
- Confirmar la prioridad, valorar el ingreso a observación para continuar tratamiento.
- De no ameritar ingreso, establecer tratamiento y referir a primer nivel de atención para su control.

Prioridad III Tarjeta Verde:

- Mantener al derechohabiente usuario en la sala de TRIAGE de acuerdo a disposición de espacio.
- Realizar si se requiere una nueva valoración, para confirmar prioridad.
- Explicar al derechohabiente o usuario y familiar que nivel I y II tienen prioridad sobre el III y que tendrá que esperar.
- Informar sobre el uso racional de los servicios de urgencias.

Funciones de la Enfermera de TRIAGE.

- Recibir al derechohabiente o usuario en el sitio del TRIAGE, realizar una inmediata valoración, inmovilización y traslado hasta el área de tratamiento.
- Utilizar recursos clínicos básicos para valorar al derechohabiente o usuario (signos vitales, valoración general y estado de conciencia).
- Definir el tipo de prioridad.
- Ingresar al derechohabiente o usuario prioridad I inmediatamente al área de valoración inicial (área de reanimación u observación).
- Elaborar formato de triage.
- Iniciar el contacto con el derechohabiente o usuario y familia e informarles acerca del proceso de atención en el servicio de urgencias.
- Mantener comunicación con el personal médico y de enfermería de las áreas de tratamiento.



- Informar, orientar y educar al derechohabiente o usuariosobre la utilización óptima y racional de los servicios de urgencias.

5.7 Medidas de Aislamiento

Tarjeta Roja

Precauciones Estándar

Para pacientes sin datos de enfermedad infectocontagiosa.

Generalidades

Lavado higiénico de manos conforme a la técnica establecida en el presente manual.

Uso de equipo de protección de manera adecuada (guantes, batas, lentes, cubre bocas) para prevención de infecciones.

Reportar todos los casos de infección intrahospitalaria al departamento de Epidemiología.

Utilizar colectores adecuados para desechar objetos punzocortantes y nunca re encapuchar agujas.

Tarjeta Amarilla

Precauciones de Contacto

Para Pacientes Con Infecciones Por Transmisión Directa

Generalidades

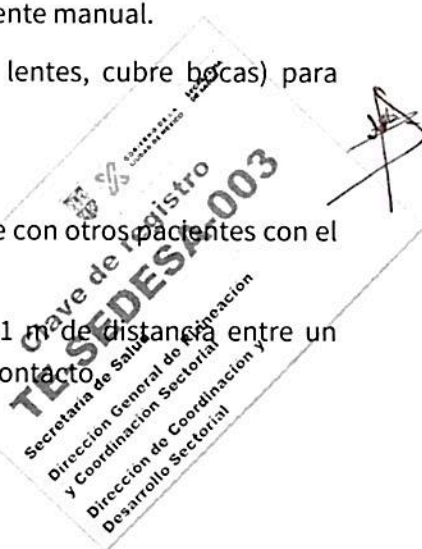
Lavado higiénico de manos conforme a la técnica establecida en el presente manual.

Uso de equipo de protección de manera adecuada (guantes, batas, lentes, cubre bocas) para prevención de infecciones.

Habitación

Asignar un cuarto aislado (en medida de lo posible) o colocar al paciente con otros pacientes con el mismo agente etiológico.

En caso de no ser posible lo anterior se deberá mantener al menos 1 m de distancia entre un paciente y otro reforzando todas las medidas para las Precauciones de contacto.



Utilizar un agente antiséptico para manos antes y después del contacto con el paciente.

Guantes

Usar guantes estériles durante el contacto directo con el paciente.

Cambiar éstos posteriormente al tener contacto con secreciones o superficies contaminadas.

Tirar los guantes en el contenedor de RPBI (bote rojo) adecuado dentro de la habitación. Lavarse las manos con agua y jabón. (Antes y después de ocupar guantes).

No reutilizar guantes en ningún momento.

Bata (Tela o Desechable)

Usar bata limpia, no estéril, de tela o desechable antes de tener cualquier contacto directo con el paciente o ante el riesgo de salpicadura.

No desechar la bata de tela si no se tuvo contacto con secreciones o superficies contaminadas.

Colocar la bata de tela en perchero doblada hacia afuera.

Desechar la bata de tela si se tuvo contacto con superficies contaminadas, mediante bolsa negra etiquetada para lavado especial.

En el caso del uso de batas desechables serán de un solo uso y deberán ser eliminadas en el contenedor de RPBI (bote rojo).

En casos de infecciones por agentes multidrogo resistentes y/o altamente patógenos se deberá usar bata desechable, la cual deberá ser eliminada dentro de la habitación en el contenedor de RPBI (bote rojo).

Las batas de tela tienen que ser cambiadas en cada turno.

Cubrebocas

Únicamente ante riesgo de salpicadura.

Desechar en contenedores de RPBI (bote rojo) dentro de la habitación.

Equipo Médico

Dentro de lo posible limitar a un solo paciente.

Desinfectar todo material previo a su uso y posterior a su uso con soluciones desinfectantes autorizadas, antes de ser utilizado en otro paciente.



Vajilla y Platos

Realizar la recolección de la charola de alimentos de estos pacientes al último.

Utilizar guantes para la recolección de la vajilla y colocar en el carro de recolección para ser llevados de inmediato al área de lavado.

No se requieren lavado especial, el detergente y procedimiento de limpieza normal son suficientes.

Ropería

Recolectar y depositar en bolsa negra, la cual deberá cerrarse y etiquetarse con la leyenda "Para lavado especial".

Transporte

Únicamente si es indispensable; respetando en todo momento las medidas estándar y de contacto, utilizar batas y guantes si se tiene contacto directo con el paciente o peligro de salpicadura.

Elementos de Protección

Los elementos de protección (alcohol gel, guantes, bata), se deberán colocar en una mesa afuera de la habitación o a la entrada de la misma o en área de fácil acceso.

Una vez que un elemento de protección (frascos de gel, jabón, etc.) ingresó a la habitación, éste deberá ser eliminado para prevención de infecciones.

Visitas

Permitidas, pero con restricción.

Únicamente podrá permanecer un familiar en la habitación.

Lavarse las manos a su ingreso y egreso.

No compartir objetos personales del paciente (jabón, cepillo, etc.).

Deberá utilizar bata y guantes si tiene contacto directo con el paciente.

No tocar los alimentos con guantes puestos, ni su cara.

Informar a la enfermera siempre que vaya a salir de la habitación.

Si visita a otros pacientes o familiares, deberá hacerlo en las aéreas comunes, no se recomienda que entre a otras áreas de hospitalización si no se le solicita.

Situaciones en que se debe aplicar la tarjeta AMARILLA:



Infecciones gastrointestinales.

Infecciones de vías urinarias

Difteria (cutánea).

Herpes Zoster (No diseminado)

Pediculosis.

Sarna.

Forunculosis e impétigo.

Fiebres hemorrágicas.

Conjuntivitis viral/hemorrágica

Herpes oftálmico.

Tarjeta Verde

Precauciones Para Gotas

Para pacientes con infecciones transmisibles por gotas

Generalidades

Lavado higiénico de manos conforme a la técnica establecida en el presente manual.

Uso de equipo de protección de manera adecuada (guantes, batas, goggles, cubre bocas) para prevención de infecciones.

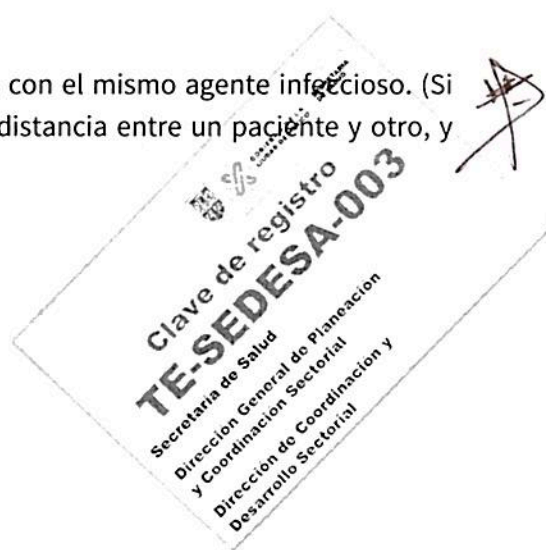
Habitación

Asignar un cuarto aislado o colocar al paciente con pacientes con el mismo agente infeccioso. (Si esto no fuera posible deberá mantenerse al menos 1.5 m de distancia entre un paciente y otro, y reforzar todas la medidas estándar).

Mantener la puerta cerrada.

Mantener ventana abierta en la medida de lo posible.

Guantes



Únicamente al contacto directo con secreciones. (Principalmente a la auscultación de la vía aérea).

Bata (Tela o Desechable)

Usar bata limpia no estéril, de tela únicamente ante el riesgo de salpicadura.

Desechar la bata si esta tiene contacto con secreciones, en bolsa negra etiquetada para lavado especial.

Cubre bocas

Se deberá utilizar si se va a estar a menos de un metro y medio del paciente.

Desechar el cubre bocas en contenedores de RPBI (bote rojo) dentro de la habitación

Equipo Médico

Limitarlo a un solo paciente.

Desinfectar todo material previo a su uso y posterior a su uso con soluciones desinfectantes autorizadas.

Vajilla y Platos

Utilizar vajilla desechable.

Realizar la recolección de la charola de alimentos al último.

Utilizar guantes para la recolección de la charola.

Eliminar los desechables usados en la basura municipal, en bolsa negra.

Ropería

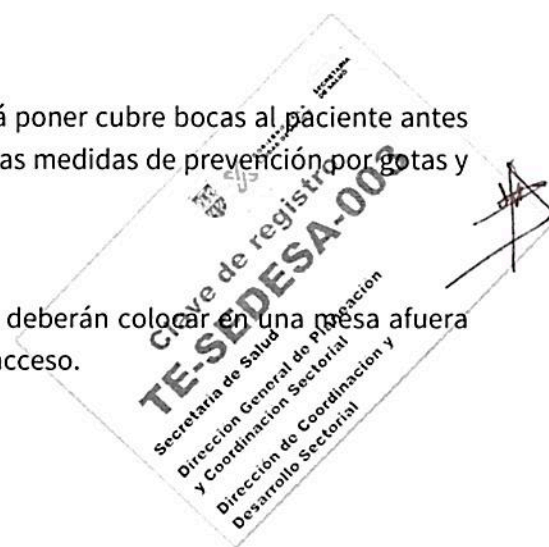
Recolectar y depositar en bolsa negra, la cual deberá cerrarse y etiquetarse con la leyenda "Para lavado especial".

Transporte

Este será limitado, únicamente si es indispensable, se deberá poner cubre bocas al paciente antes de salir de la habitación o área y respetar en todo momento las medidas de prevención por gotas y estándar.

Elementos de Protección

Los elementos de protección (alcohol gel, guantes, bata), se deberán colocar en una mesa afuera de la habitación o a la entrada de la misma o en área de fácil acceso.



Una vez que un elemento de protección (frascos de gel, jabón, etc.) ingresó a la habitación, éste deberá ser eliminado para prevención de infecciones.

Visitas

Restringidas: El familiar deberá permanecer en la habitación en todo momento.

Lavarse las manos al entrar y salir de la habitación.

Utilizar cubre bocas si va a tener contacto estrecho con el paciente (menos de metro y medio).

Utilizar bata, (durante el contacto estrecho con el paciente).

No compartir objetos de uso personal del paciente (jabón, cepillo etc.).

Informar a la enfermera siempre que vaya a salir de la habitación.

No realizar visitas a otros pacientes o familiares.

Situaciones en que se debe aplicar la tarjeta VERDE:

Enfermedades Bacterianas:

Bordetella pertussis

Neumonía por Mycoplasma sp

Enfermedad invasiva por S. pneumoniae, H influenza B y N meningitidis (meningitis bacteriana o neumonía)

Infección por Streptococcus grupo A

Difteria (faríngea)

Enfermedades Virales:

Influenza humana

Parotiditis

Parvovirus B19

Adenovirus

Rinovirus

Rubéola



Tarjeta Azul

Precauciones Para Gotas

Para pacientes con infecciones transmisibles por microgotas

Generalidades

Lavado higiénico de manos conforme a la técnica establecida en el presente manual.

Uso de equipo de protección de manera adecuada (guantes, batas, goggles, cubre bocas) para prevención de infecciones.

Manejar adecuadamente los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (RPBI) con base en la NOM-087-ECOL-SSA1-2002.

Habitación

Asignar un cuarto aislado.

El aire debe fluir del pasillo hacia la habitación (presión negativa) con descargas de aire de la habitación al exterior en forma frecuente.

Mantener la puerta cerrada en todo momento.

Abrir ventanas en medida de lo posible, si no se cuenta con cuarto con presión negativa.

Guantes

Usar si se manejan fluidos del paciente.

Bata (Tela o Desechable)

Usar bata desechable, la cual deberá ser eliminada dentro de la habitación en bote de RPBI.

Cubre bocas

Utilizar mascarilla modelo N95 (categoría N, eficiencia al 95%).

Debe colocarse antes de entrar a la habitación.

Se puede rehusar la mascarilla, pero deberá ser reutilizada por la misma persona siempre y cuando se mantengan en bolsa de plástico, con nombre y sin doblar.

No se deben compartir las mascarillas.

Las mascarillas se deben cambiar siempre que se requiera.

Con una duración máxima de una semana.



Desechar mascarillas en contenedores de RPBI (bote rojo) dentro de la habitación.

Equipo Médico

Limitarlo a un solo paciente.

Desinfectar todo material previo a su uso y posterior a su uso con soluciones desinfectantes autorizadas.

Vajilla y Platos

Utilizar vajilla desechable.

Realizar la recolección de la charola de alimentos de estos pacientes al último.

Tirar la basura dentro de la habitación.

Ropería

Recolectar y depositar en bolsa negra, la cual deberá cerrarse y etiquetarse con la leyenda “Para lavado especial”.

Transporte

Únicamente si es indispensable, respetando en todo momento las medidas estándar y de microgotas (Mascarillas).

El paciente debe ocupar una mascarilla modelo N95 (categoría N, eficiencia al 95%).

Elementos de Protección

Los elementos de protección (alcohol gel, guantes, bata), se deberán colocar en una mesa afuera de la habitación o a la entrada de la misma o en área de fácil acceso.

Una vez que un elemento de protección (frascos de gel, jabón, etc.) ingresó a la habitación, éste deberá ser eliminado para prevención de infecciones.

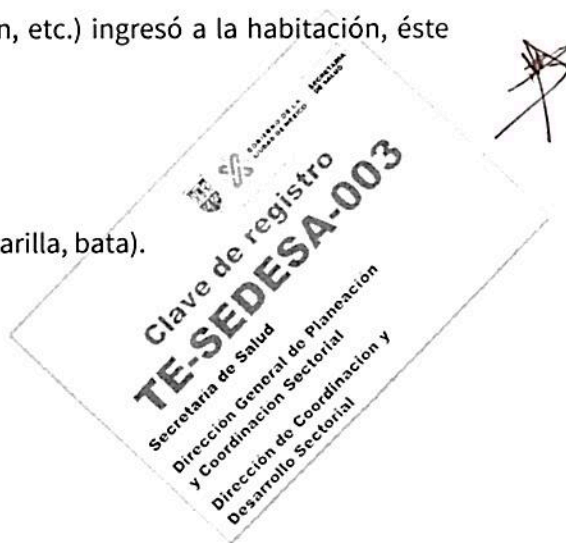
Visitas

Restringidas y/o con horario.

Uso de equipo de protección en todo momento (guantes, mascarilla, bata).

No se permite acceder a otras áreas del hospital.

No se recomienda permanecer en la habitación.



Situaciones en que se debe aplicar la tarjeta AZUL:

Tuberculosis pulmonar

SARS (Síndrome Respiratorio Agudo Severo)

Sarampión

Varicela o Herpes Zoster (diseminado)

Influenza no clasificada

Tarjeta Gris

Precauciones en Pacientes Inmunocomprometidos.

Para pacientes que, por su enfermedad de base, tiene alterado uno o algunos mecanismos de defensa, fenómeno que lo hace susceptible a infecciones oportunistas.

Generalidades

Lavado higiénico de manos conforme a la técnica establecida en el presente manual.

Uso de equipo de protección de manera adecuada (guantes, batas, goggles, cubre bocas) para prevención de infecciones.

Habitación

Asignar un cuarto aislado (Si esto no fuera posible deberá mantenerse al menos 1 m de distancia entre un paciente y otro.

Guantes

Usar guantes de exploración (no estériles) durante el contacto directo con el paciente.

Cambiar los guantes después de tener contacto con secreciones o superficies contaminadas.

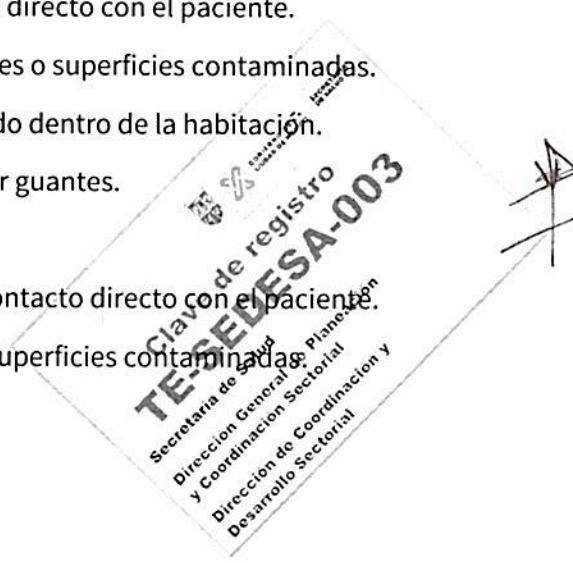
Tirar los guantes en el contenedor de RPBI (bote rojo) adecuado dentro de la habitación.

Lavarse las manos con agua y jabón antes y después de ocupar guantes.

Bata (Tela o Desechable)

Usar bata limpia, no estéril, de tela antes de tener cualquier contacto directo con el paciente.

No desechar la bata si no se tuvo contacto con secreciones o superficies contaminadas.



Colocar la bata en pechero doblada hacia afuera.

Desechar la bata si se tuvo contacto con superficies contaminadas, mediante bolsa negra etiquetada "Para lavado especial".

Las batas de tela tienen que ser cambiadas en cada turno.

Cubrebocas y Gorro

En caso de heridas expuestas y o realización de curaciones.

Ante riesgo de salpicadura.

Desechar en contenedores de RPBI dentro de la habitación.

Equipo Médico

Dentro de lo posible limitar a un solo paciente.

Desinfectar todo material previo a su uso y posterior a su uso con soluciones desinfectantes autorizadas, antes de ser utilizado en otro paciente.

Vajilla Y Platos

Utilizar guantes, bata o uniforme quirúrgico y cubre bocas para la recolección de la vajilla y colocar en el carro de recolección.

No se requiere lavado especial, el detergente y procedimiento de limpieza normal es suficiente.

Ropería

Recolectar y depositar en forma habitual

Transporte

Únicamente si es indispensable; respetando en todo momento las medidas estándar, para transportar al paciente el personal de salud deberá utilizar batas y guantes.

Elementos de Protección

Los elementos de protección (alcohol gel, guantes, bata, cubrebocas, etc.), se deberán colocar en una mesita afuera de la habitación o a la entrada de la misma o en área de fácil acceso.



Una vez que un elemento de protección ingresó a la habitación, éste deberá ser eliminado como se describe en el presente manual o en el manual de medidas estándar para la prevención de infecciones.

Visitas

Permitidas, pero con restricción.

Únicamente podrá permanecer un familiar en la habitación.

Lavarse las manos a su ingreso y salida. No comparta objetos personales del paciente (jabón, cepillo, etc.).

Utilice la bata y guantes si tiene contacto directo con el paciente o su entorno.

Utilice la bata y guantes si tiene contacto directo con el paciente o su entorno.

Informar a la enfermera siempre que vaya a salir o entrar en la habitación.

No visitar a otros pacientes o familiares.

Respetar la vestimenta que se solicite utilice (piyama quirúrgica, bata, otros) en áreas críticas.

Situaciones en que se debe aplicar la tarjeta GRIS:

En todos los pacientes con:

Quemaduras graves

Anemia faciliiforme

Enfermedad de Hodgkin

Desnutrición severa

SIDA

Tarjeta Naranja

Precauciones En Pacientes Colonizados (Sin sintomatología Clínica) Con Agentes Multidrogo Resistentes

Para Pacientes que, sin tener sintomatología clínica, presentan resultados positivos a agentes multidrogo resistentes o de interés epidemiológico.



Generalidades

Higiene de manos conforme a la técnica establecida en el presente manual.

Uso de equipo de protección de manera adecuada (guantes, batas, goggles, cubre bocas) para prevención de infecciones.

Habitación

Mantener al menos 1 m de distancia entre pacientes y reforzar todas las medidas descritas en este manual específicamente para las Precauciones estándar.

Guantes

No se requieren guantes para tocar el entorno del paciente.

Usar guantes no estériles durante el contacto directo con el paciente y sus secreciones.

Cambiar éstos posteriormente al tener contacto con secreciones o superficies contaminadas.

Tirar los guantes en el contenedor de RPBI (bote rojo) adecuado dentro de la habitación.

Lavarse las manos con agua y jabón. (Antes y después de ocupar guantes).

Utilizar un agente antiséptico para manos antes y después del contacto con el paciente.

No reutilizar guantes en ningún momento.

Bata (Tela o Desechable)

Usar bata limpia, no estéril, de tela o desechable únicamente ante el riesgo de salpicadura.

No desechar la bata de tela si no se tuvo contacto con secreciones o superficies contaminadas.

Colocar la bata de tela en perchero doblada hacia afuera y en el área cercana donde esté el paciente.

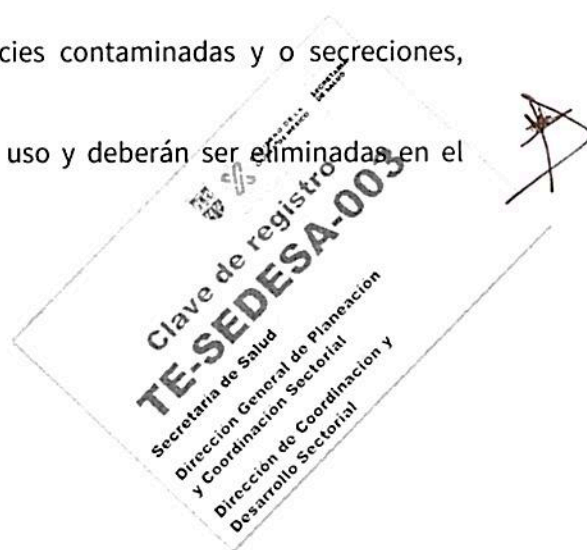
Desechar la bata de tela si se tuvo contacto con superficies contaminadas y o secreciones, mediante bolsa negra etiquetada para lavado especial.

En el caso del uso de batas desechables serán de un solo uso y deberán ser eliminadas en el contenedor de RPBI.

La bata de tela deberá ser cambiada entre cada turno.

Cubre bocas

Únicamente ante riesgo de salpicadura.



Desechar en contenedores de RPBI dentro de la habitación.

Equipo médico

Desinfectar todo material previo a su uso y posterior a su uso con soluciones desinfectantes autorizadas, antes de ser utilizado en otro paciente.

Vajilla y Platos

Utilizar guantes para la recolección de la vajilla y colocar en el carro de recolección para ser llevados de inmediato al área de lavado.

No se requieren lavados especiales, el detergente y procedimiento de limpieza normal son suficientes.

Ropería

Recolectar y depositar en bolsa negra, la cual deberá cerrarse y etiquetarse con la leyenda "Para lavado especial"

Transporte

Sin restricción pero con estricto seguimiento de las medidas anteriormente descritas y reforzando en todo momento las medidas estándar de prevención de infecciones y lo que se describe a continuación:

Previo a traslado: Realizar el baño diario.

Durante el traslado enviar siempre con la tarjeta de aislamiento.

Traslado: Con sabana limpia, en camilla o silla de ruedas.

Limpieza y desinfección posterior a su uso.

Para asistir a terapia y estudios diagnósticos el paciente deberá utilizar bata o pijama limpia.

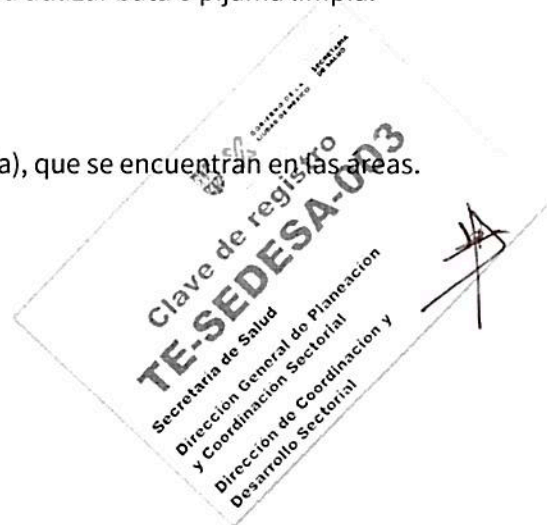
Elementos de Protección

Utilizar los elementos de protección (alcohol gel, guantes, bata), que se encuentran en las áreas.

Visitas

Permitidas pero con restricción.

Únicamente podrá permanecer un familiar en la habitación.



Lavarse las manos a su ingreso y egreso de la habitación.

No compartir objetos personales del paciente (jabón, cepillo, etc.).

Deberá utilizar bata y guantes si se le solicita al tener contacto directo con el paciente.

No tocar los alimentos con guantes puestos, ni su cara.

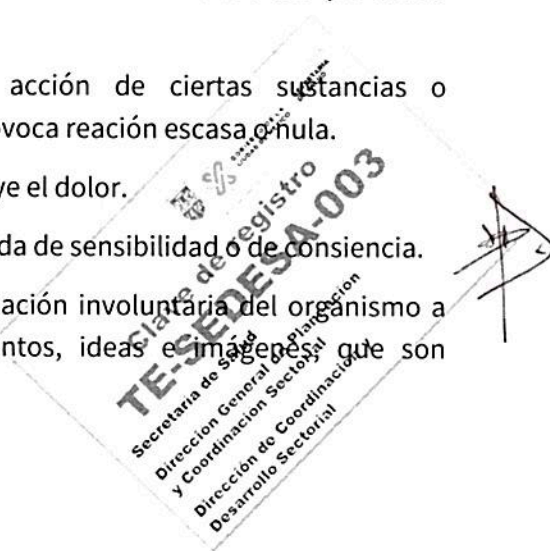
Informar a la enfermera siempre que vaya a salir de la habitación.

Si visita a otros pacientes o familiares, deberá hacerlo en las aéreas comunes, no se recomienda que entre a otras áreas de hospitalización si no se le solicita.



5.8 Glosario de Términos

- **Absceso:** Acumulación de pus en espacios tisulares, causados por una infección bacteriana. Reciben distintos nombres, según su localización.
- **Absorbente:** Que tiene la capacidad de absorber. Dicese de algunos medicamentos o sustancias que absorben secreciones o líquido orgánico.
- **Absorción:** Parte de la farmacocinética que estudia la entrada de los fármacos, en el organismo desde el lugar donde se administran.
- **Adiposo:** Tejido de naturaleza grasa.
- **Aerobio:** Organismo que puede vivir o desarrollarse en presencia de oxígeno libre.
- **Aerosol:** Suspensión de partículas sólidas o líquidas de un medicamento, que pueden pulverizarse para la terapia inhalatoria.
- **Agudo:** Sensación física que tiene un curso corto, relativamente grave y penetrante.
- **Aislamiento:** Separación de un derechohabiente o usuario infectado o potencialmente infectado, durante el periodo en que la enfermedad es contagiosa, en lugares y bajo condiciones tales que eviten o limiten la transmisión directa o indirecta del agente infeccioso a personas susceptibles.
- **Aislar:** Acción de separar al derechohabiente o usuario de la vista de otros, a través de diferentes mecanismos, como cuartos, cortinas, biombos etc.
- **Alérgeno:** Sustancia que puede ser capaz de provocar una reacción alérgica.
- **Alergia:** Respuesta específica del sistema inmunológico a ciertas sustancias a las que ha sido expuesto.
- **Anafilaxia:** Estado de sensibilidad excesiva a la acción de ciertas sustancias o medicamentos, que al ser ministrada por primera vez provoca reacción escasa o nula.
- **Analgesico:** Fármaco o sustancia, que elimina o disminuye el dolor.
- **Anestésico:** Medicamento o sustancia que causa la pérdida de sensibilidad o de conciencia.
- **Ansiedad:** Sensación de nerviosismo, tensión o preocupación involuntaria del organismo a estímulos internos o externos, tales como pensamientos, ideas e imágenes que son percibidos como amenazantes.

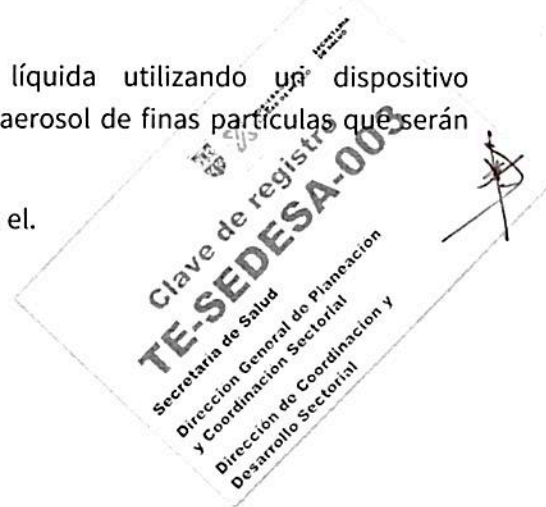


- **Antibiótico:** Sustancia química antimicrobiana, que tiene la capacidad de destruir o inhibir el crecimiento de bacterias.
- **Anticuerpo:** Es una proteína que se produce principalmente en la sangre, son utilizados por el sistema inmunitario para reconocer y bloquear virus, bacterias, parásitos y hongos.
- **Antígeno:** Sustancia capaz de estimular una respuesta inmune con la formación de anticuerpos.
- **Antisepsia:** Uso de un agente químico en la piel u otros tejidos vivos con el propósito de inhibir o destruir microorganismos.
- **Antiséptico:** Sustancia antimicrobiana que se opone a la sepsis o putrefacción de los tejidos vivos.
- **Asepsia:** Condición libre de microorganismos que producen enfermedades o infecciones.
- **Asfixia:** Disminución de la cantidad de oxígeno y aumento en la cantidad de dióxido de carbono, originada por la interrupción de la respiración.
- **Atelectasia:** Colapso del tejido pulmonar, que da como resultado la reducción o ausencia del intercambio de gases.
- **Auscultación:** Procedimiento clínico de exploración física, que consiste en escuchar de manera directa los sonidos que se producen en alguna cavidad del cuerpo, principalmente tórax y abdomen.
- **Broncoespasmo:** Colapso o contracción anormal del músculo liso de los bronquios, que puede provocar un estrechamiento u obstrucción aguda de las vías respiratorias.
- **Cánula:** Dispositivo tubular de plástico o caucho con dos orificios, que se introduce al cuerpo para eliminar secreciones.
- **Catéter venoso central:** Conducto tubular largo y suave, elaborado con material biocompatible y radio opaco, que se utiliza para infundir solución intravenosa directamente en la vena cava.
- **Catéter venoso periférico:** Conducto tubular corto y flexible, elaborado con material biocompatible y radio opaco, que se utiliza para la infusión de solución intravenosa al organismo a través de una vena distal.





- **Catéter:** Dispositivo o sonda plástica minúscula, biocompatible, radio opaca, que puede ser suave o rígida, larga o corta dependiendo del diámetro o tipo de vaso sanguíneo en el que se instale, se utiliza para infundir solución intravenosa al torrente circulatorio.
- **Derrame pleural:** Resultado de la acumulación de líquido en el espacio pleural, debido a la presión intrapleurar, inferior a la presión intersticial.
- **Excreción:** Proceso de eliminación de sustancias de órganos y tejidos corporales, como parte de una actividad metabólica normal.
- **Extravasación:** Escape de sangre, linfa u otro líquido, desde un vaso sanguíneo o un tubo al tejido que lo rodea.
- **Exudado:** Líquido o sustancias que se han eliminado lentamente de las células, a los vasos sanguíneos a través de pequeños poros o roturas en las membranas celulares.
- **Farmacología:** Ciencia que estudia el origen, acciones y las propiedades que las sustancias químicas ejercen sobre los organismos vivos.
- **Flebitis:** Inflamación de una vena.
- **Hipersensibilidad:** Respuesta inmunitaria a un antígeno o fármaco específico.
- **Hipoxia:** Estado de deficiencia de oxígeno en sangre, células y tejidos del organismo.
- **Infección:** Proceso invasivo por el cuál ingresan al organismo microorganismos patógenos que se reproducen y multiplican provocando una enfermedad.
- **Intubación:** Procedimiento en el cuál se introduce un tubo en la tráquea.
- **Medicamento o fármaco:** Es aquella sustancia útil en el diagnóstico, prevención y tratamiento de entidades patológicas varias. Son numerosos los fármacos que se utilizan actualmente en la terapéutica humana; son de origen vegetal, otros de origen animal o de origen mineral, siendo la mayoría artificial.
- **Nebulización:** Transformación de una solución líquida utilizando un dispositivo (nebulizador) y gas medicinal (aire u oxígeno), en un aerosol de finas partículas que serán inhaladas y depositadas sobre el epitelio respiratorio.
- **Neonatal:** Referente al recién nacido o relacionado con el.
- **Neumotórax:** Presencia de aire en la cavidad pleural.



- **Nódulo:** Es una pequeña agrupación de células. Puede ser tanto una lesión, como una estructura funcional fisiológica.
- **Obliteración:** Desaparición de la luz de un conducto o un vaso a causa de la adherencia de sus paredes o la obstrucción del mismo.
- **Paracentesis:** Procedimiento invasivo, que consiste en realizar una punción en alguna cavidad del cuerpo, con la finalidad de extraer líquido acumulado.
- **Parenteral:** Introducción de una sustancia, medicamento o solución, a través de una vía distinta al conducto gastrointestinal.
- **Presión positiva:** Volumen de aire superior a la presión atmosférica.
- **Saturación de oxígeno:** Es la cantidad de oxígeno transportado por la hemoglobina. La saturación de oxígeno normal es entre 95% y 100%.
- **Sonda:** Tubo generalmente largo, de diferentes materiales (goma, plástico, latex, silicón, etc.), que se introduce al interior de un espacio para tratamiento o diagnóstico.
- **Viscosidad:** Resistencia que tienen las moléculas que conforman un líquido para separarse una de otras.



6. BIBLIOGRAFIA

1. Rosales B.S., Reyes G.E. Fundamentos de Enfermería., 3ª. Edición Ed. Manual Moderno, México 2004.
2. Añorve R., Manual de Procedimientos Básicos de Enfermería. Ed. Prado, 4ta Edición., México, 2006.
3. Kidd P., Sturt P., Urgencias en Enfermería, Vols. I y II, Ed. Elsevier S.A, México 2002.
4. Proehl, Jean A. Enfermería de urgencias: técnicas y procedimientos, Editorial; Elsevier, tercera edición, 2005
5. Fernández A.R., Fernández A.D., Manual de Ayuda a la Oxigenación. Dispositivos y Procedimientos, 1ª. Edición. Editorial. Difusión Avances de Enfermería., Madrid 2007
6. Guía de Práctica Clínica Intervenciones de Enfermería para la Seguridad en la Administración de Medicamentos de Alto Riesgo en el Adulto. Evidencias y Recomendaciones., IMSS-712-14. Cenetec.
7. Secretaría de Salud., Subdirección de Enfermería., Manual de Procedimientos para el Manejo y Uso de Medicamentos., Código HRAEB-SE-MMU-1., Disponible en: www.hraeb.salud.gob.mx 18-Sept-2012.
8. American Heart Association. Aspectos Destacados de la Actualización de las Guías de la AHA para RCP y ACE de 2015. Disponible en: <https://eccguidelines.heart.org> 2015/10.
9. Rodríguez A.L., Sánchez L.E. y Cols. Enfermería en la Intubación Endotraqueal., Revista Médica Electrónica., septiembre 2017., Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com>.
10. Fabiana Ciccioli y Jose Luis do Pico. Recomendaciones CDC Traducción y notas. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, 2011.
11. Protocolo Para el Manejo Estandarizado del Paciente con Cateter Periférico Central y Permanente. CPE2012.
12. Guía de Práctica Clínica Triage Hospitalario de Primer Contacto En Los Servicios de Urgencias Adultos Para el Segundo y Tercer Nivel. Cenetec.
13. Alianza Mundial Para la Seguridad del Paciente. Manual Para Observadores. Estrategia Multimodal de Mejoramiento de la Higiene de las Manos de la OMS. Una Atención Limpia es una Atención más Segura.

