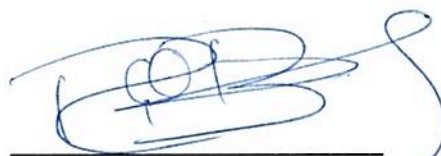


TÉCNICAS GENERALES DE ENFERMERÍA

SECRETARÍA DE SALUD

Director General de Prestación de Servicios
Médicos y Urgencias



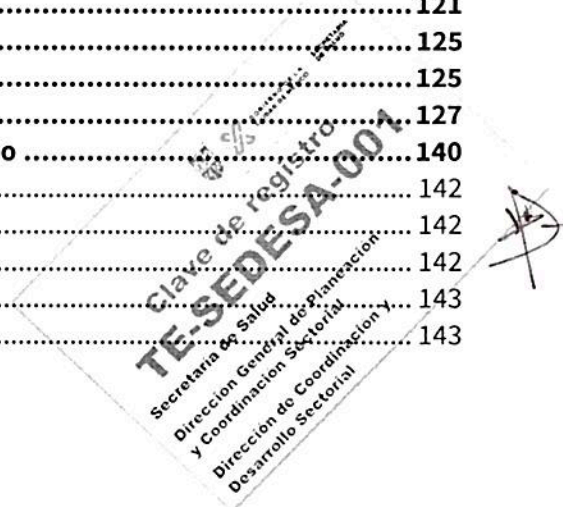
Dr. Ricardo Arturo Barreiro Perera



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
2. MARCO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO DE ACTUACIÓN	6
3. OBJETIVO DEL MANUAL	9
4.- TÉCNICAS GENERALES DE ENFERMERÍA.....	10
4.1 Lavado e Higiene de Manos del Equipo de Salud	10
4.2 Preparación de la Cama del Derechohabiente o Usuario	13
4.2.1 Cama Cerrada	14
4.2.2 Cama Abierta	15
4.2.3 Cama de Anestesia	16
4.2.4 Cama Ocupada	17
4.3 Valoración de Signos Vitales	18
4.3.1 Medición de la Frecuencia Respiratoria	19
4.3.2 Medición de la Frecuencia del Pulso	21
4.3.3 Medición de la Tensión Arterial	23
4.3.4 Medición de la Temperatura Axilar.....	25
4.4 Somatometría	27
4.4.1 Peso.....	27
4.4.2 Talla	28
4.5 Recolección de Muestra Hematológica	30
4.6 Recolección de Muestra de Orina (EGO).....	34
4.7 Recolección de Muestra de Heces.....	36
4.8 Recolección de Muestra de Espudo.	38
4.9 Manejo de Reactivos	40
4.9.1 Glicemia Capilar	40
4.9.2 Gluco - Cetonurias	42
4.10 Oxigenoterapia	43
4.11 Aspiración de Secreciones	45
4.12 Aplicación de Frio como Agente Terapéutico	47
4.12.1 Aplicación de Bolsa con Agua Fría	49
4.12.2 Aplicación de Compresas Húmedo-Frías	50
4.13 Aplicación de Calor como Agente Terapéutico	51
4.13.1 Aplicación de Bolsa con Agua Caliente.....	52
4.13.2 Aplicación de Calor Local Seco (Lámpara de Pie o Chicote).....	53
4.13.3 Aplicación de Calor Húmedo a Través de Compresas Húmedo Calientes	54
4.14 Instalación de Catéter Venoso Periférico.....	55
4.15 Baño del Derechohabiente o Usuario	60
4.15.1 Baño de Regadera	60
4.15.2 Baño de Esponja.....	62

4.15.3 Baño Emoliente	66
4.16 Asistencia en el Lavado de Manos al Derechohabiente o Usuario.....	69
4.17 Asistencia del Aseo Bucal al Derechohabiente o Usuario	70
4.17.1 Asistencia de Aseo Bucal en Paciente Encamado Despierto	71
4.17.2 Asistencia de Aseo Bucal en Paciente Inconsciente.....	72
4.18 Asistencia de Aseo Vulvar de la Derechohabiente o Usuaría.....	73
4.19 Instalación de Sonda Nasogástrica	75
4.20 Colocación del Cómodo.....	78
4.21 Colocación del Orinal.....	80
4.22 Cateterismo Vesical	82
4.22.1 Colocación de Sonda Vesical en la Mujer	83
4.22.2 Colocación de Sonda Vesical en el Hombre	86
4.23 Enema Evacuante	89
4.24 Sujeción del Derechohabiente o Usuario.....	91
4.24.1 Sujeción de la Cintura	92
4.24.2 Contención de Extremidades Superiores.....	93
4.24.3 Contención de Extremidades Inferiores	93
4.25 Colocación de Vendajes.....	96
4.25.1 Vendaje Circular	98
4.25.2 Vendaje en Espiral	99
4.25.3 Vendaje Recurrente	100
4.25.4 Vendaje en Ocho	101
4.26 Administración de Medicamentos	103
4.26.1 Administración de Medicamentos por Vía Oral.....	107
4.26.2 Administración de Medicamentos por Vía Intravenosa en Bolo	110
4.26.3 Administración de Medicamentos por Vía Intramuscular	112
4.26.4 Administración de Medicamentos por Vía Subcutánea.....	114
4.26.5 Administración de Medicamentos por Vía Ocular	116
4.26.6 Administración de Medicamentos por Vía Nasal	118
4.26.7 Administración de Medicamentos por Vía Ótica	119
4.27 Amortajamiento.....	121
5. ANEXOS	125
5.1 Trato digno	125
5.2 Precauciones de Aislamiento	127
5.3 Posiciones en Cama para el Derechohabiente o Usuario	140
5.3.1 Posición Anatómica.....	142
5.3.2 Posición Fowler Elevada	142
5.3.3 Posición Fowler	142
5.3.4 Posición Semi Fowler	143
5.3.5 Decúbito Dorsal o Supina.....	143



5.3.6 Dorsosacra.....	143
5.3.7 Dorsal con Piernas Elevadas	143
5.3.8 Ginecológica o Litotomía	144
5.3.9 Rossier.....	144
5.3.10 Trendelenburg.....	144
5.3.11 Decúbito Ventral o Prono	145
5.3.12 Prona de Urgencia	145
5.3.13 Genopectoral	145
5.3.14 De kraske o Navaja Sevillana	145
5.3.15 Decúbito Lateral	146
5.3.16 De Sims	146
5.4 Glosario de Términos.....	147
6. BIBLIOGRAFÍA	149



1. INTRODUCCIÓN

La Secretaría de Salud de la Ciudad de México, Institución a cargo de la prestación de servicio de atención médica a la población abierta que lo solicite, ha implementado dentro de su programa de trabajo la elaboración, actualización e implementación de Lineamientos de Organización, Manual de Técnicas y Procedimientos, con apego a las políticas y normas oficiales de modernización técnico-administrativas dictadas por la Secretaría de Salud.

Este documento es un Manual de Técnicas Generales de Enfermería, que tiene como finalidad servir de guía para la adecuada aplicación de las funciones técnicas que desarrolla cotidianamente el personal de enfermería en los diferentes servicios que conforman la Unidad Hospitalaria, enfocado a brindar una atención de calidad y calidez al derechohabiente o usuario que lo solicite.

El presente documento consta de los siguientes apartados: Introducción, Marco Jurídico, Objetivo del Manual y la descripción de las Técnicas de Enfermería

Como todos los de su género, este Manual de Técnicas Generales debe estar sujeto a procesos periódicos de revisión y actualización que lo mantenga como documento vigente de consulta.



2. MARCO JURÍDICO-ADMINISTRATIVO DE ACTUACIÓN

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

Constituciones:

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 Federales:

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 de 2020.

Leyes Locales:

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 Federales:

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 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.

Reglamentos Locales:

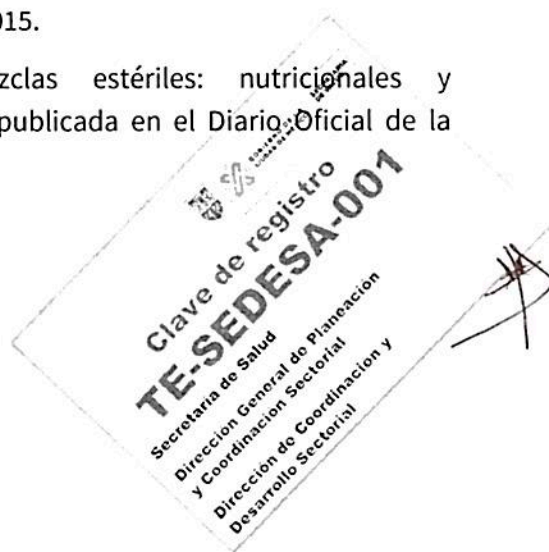
11. Reglamento Interior del Poder Ejecutivo y de la Administración Pública de la Ciudad de México, publicado en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México el 2 de enero de 2019. Última reforma el 4 de diciembre de 2019.
12. Reglamento de la Ley que Establece el Derecho al Acceso Gratuito a los Servicios 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.
13. 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.

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 el Diario Oficial de la Federación el 9 de diciembre del 2014.
17. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010. Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 10 de noviembre de 2010.



18. 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.
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-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.
26. Norma Oficial Mexicana NOM-249-SSA1-2010, Mezclas estériles: nutricionales y medicamentosas, e instalaciones para su preparación, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 4 de marzo de 2012.



3. OBJETIVO DEL MANUAL

Disponer de un documento que guíe las técnicas generales de enfermería en base a una fundamentación científica y una metodología en la práctica de las intervenciones de enfermería, estandarizando y elevando la calidad y la eficiencia en la atención del derechohabiente o usuario.



4.- TÉCNICAS GENERALES DE ENFERMERÍA

4.1 Lavado e Higiene de Manos del Equipo de Salud

Concepto:

Son las maniobras de fricción que se realizan en las manos con agua y jabón o solución alcoholada con el fin de eliminar la suciedad, materia orgánica, flora transitoria y residente y así evitar la transmisión de microorganismos.

Objetivos:

- Disminuir el índice de infecciones asociadas a la atención sanitaria.
- Disminuir los microorganismos presentes en la piel.
- Evitar las infecciones recurrentes del paciente.
- Prevenir la diseminación de infecciones asociadas a la atención sanitaria.

Principios:

- El método mecánico de limpieza favorece la remoción de sustancias que ofrezcan resistencia.
- Los espacios ungueales son fuentes de contaminación.
- El agua corriente favorece el arrastre mecánico de microorganismos.

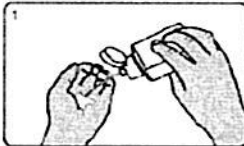
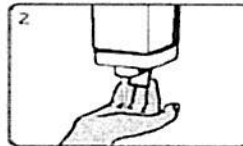
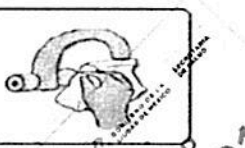
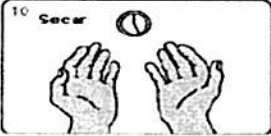
Equipo y Material:

- Lavamanos
- Jabón líquido
- Agua corriente
- Toallas de papel



- Alcohol glicerinado
- Crema lubricante
- Cubeta con bolsa negra para toallas sucias

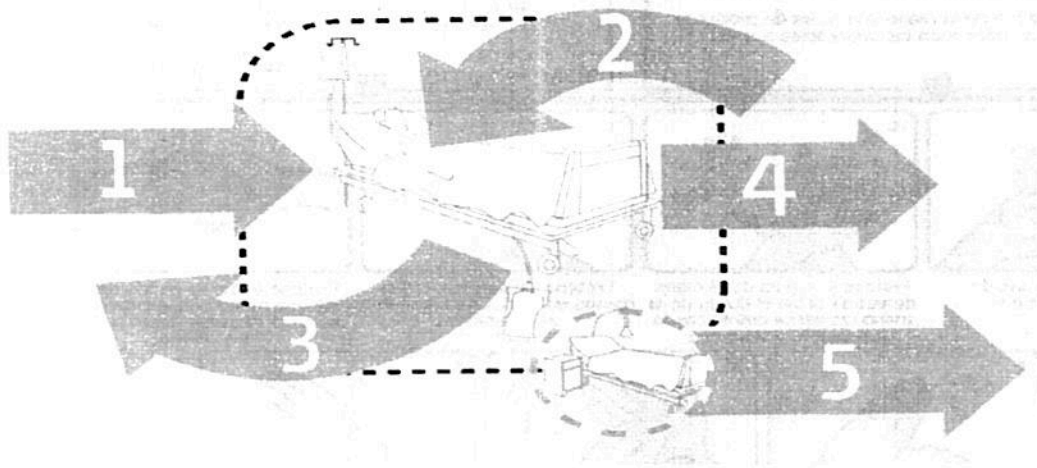
Técnica:

Procedimiento con solución alcohólica		Procedimiento con agua y jabón		
 1 Deposite en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir toda las superficies a tratar.	 2	 1 Moje las manos con agua.	 2 Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir toda las superficies de las manos.	
 3 Frótese las palmas de las manos entre si.	 4 Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa.	 5 Frótese las palmas de las manos entre si, con los dedos entrelazados.	 6 Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.	
 7 Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha, y viceversa.	 8 Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa.	 9 No olvide los puños		
		 10 Enjuáguese las manos con agua.	 11 Secúeselas con una toalla de un solo uso.	 12 Srvase de la toalla para cerrare el grifo.
 10 Secar	20/30 seg una vez secas, sus manos son seguras.	40/60 seg	 13	

Medidas de Control y Seguridad

- El lavado de manos es obligatorio para todo el personal de acuerdo a los 5 momentos.
- El personal de cuidados de la salud no debe tener las uñas largas, esmalte, ni alhajas.

MOMENTOS PARA LA HIGIENE DE MANOS



- 1 Antes de contacto directo con paciente.
- 2 Antes de realizar tarea aséptica.
- 3 Después del riesgo de exposición de fluidos corporales.
- 4 Después de contacto con paciente.
- 5 Después de contacto con entorno del paciente.



4.2 Preparación de la Cama del Derechohabiente o Usuario

Concepto:

Procedimiento que se realiza para llevar a cabo el tendido de cama, cuna o incubadora; inmediatamente después del aseo de la unidad del derechohabiente o usuario.

Existen diferentes tipos de preparación de la cama del derechohabiente o usuario:

- Cerrada. Cuando no está asignada a ningún derechohabiente o usuario.
- Abierta. el derechohabiente o usuario no se encuentra en la cama (porque deambula).
- De anestesia. Cuando el derechohabiente o usuario está siendo sometido a algún procedimiento quirúrgico.
- Ocupada. Cuando el derechohabiente o usuario se encuentra ocupando en ese momento la cama.

Objetivo:

Ofrecer bienestar físico y emocional al derechohabiente o usuario a través de un ambiente agradable y confortable.

Principios:

- La limpieza de los artículos en contacto con el derechohabiente o usuario, disminuye el riesgo de contaminación intrahospitalaria.
- El descanso físico proporciona relajación muscular.

Material y Equipo:

- Carro con ropa limpia conteniendo:
- Colchas.
- Cobertores (opcional).



- Sábanas estándar.
- Sábanas clínicas.
- Un tánico para ropa sucia.

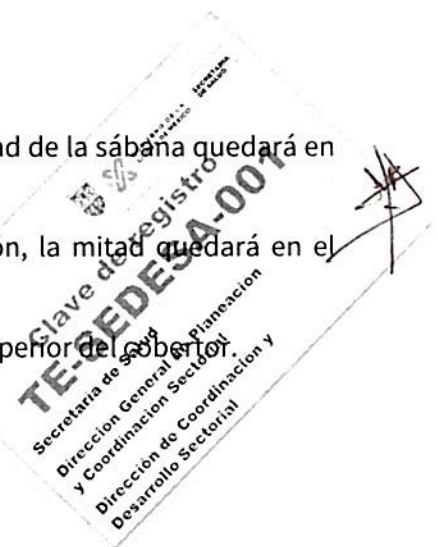
4.2.1 Cama Cerrada

Primer tiempo:

- Lavarse las manos y preparar el equipo.
- Llevar el equipo a la unidad del derechohabiente o usuario y colocarlo sobre la silla en orden de uso.
- Retirar las ropas de la cama, doblarlas y depositarlas en el tánico.
- Solicitar al personal de intendencia la limpieza de la parte expuesta del colchón.
- Colocar la sábana base longitudinalmente a la mitad del colchón; centrarla y deslizarla a la parte superior de la cama e introducirla debajo del colchón en la cabecera y hacer la cartera; la otra mitad de la sábana quedará doblada en acordeón en el centro del colchón.
- Colocar la sábana clínica, estirar lateralmente la sábana clínica e introducirla bajo el colchón, junto con la sábana base.
- Pasar al otro lado de la cama.
- Estirar la sábana base, hacer cartera superior e introducir bajo el colchón los demás bordes junto con la sábana clínica.
- Pasar al otro lado de la cama.

Segundo Tiempo:

- Colocar la sábana superior en el borde superior del colchón, la mitad de la sábana quedará en acordeón en el centro de la cama.
- Colocar el cobertor a 25 cm. abajo del borde superior del colchón, la mitad quedará en el centro de la cama.
- Hacer con la sábana dos dobleces sobre sí misma, sobre el borde superior del cobertor.



- Colocar la colcha a nivel del borde superior del colchón; introducir la parte inferior de las tres piezas abajo del borde inferior del colchón y hacer la cartera.
- Pasar al otro lado de la cama.
- Estirar toda la ropa, introducir el sobrante debajo de la piecera y hacer la cartera.

4.2.2 Cama Abierta

Primer tiempo:

- Lavarse las manos y preparar el equipo.
- Llevar el equipo a la unidad del derechohabiente o usuario y colocarlo sobre la silla en orden de uso.
- Retirar las ropas de la cama, doblarlas y depositarlas en el tánico.
- Colocar la sábana base longitudinalmente a la mitad del colchón; centrarla y dejar lo suficiente para introducirla debajo del colchón en la cabecera y hacer la cartera; la otra mitad de la sábana quedará doblada en acordeón en el centro del colchón.
- Colocar la sábana clínica, estirar lateralmente la sábana clínica, junto con la sábana base.
- Pasar al otro lado de la cama.
- Estirar la sábana base, hacer cartera superior e introducir bajo el colchón los demás bordes, junto con la sábana clínica.
- Pasar al otro lado de la cama.

Segundo tiempo:

- Colocar la sábana superior en el borde superior del colchón, la mitad de la sábana quedará en acordeón en el centro de la cama.
- Colocar el cobertor a 25 cm. abajo del borde superior del colchón, la mitad quedará en el centro de la cama.
- Colocar la colcha de tal manera que su borde superior pueda doblarse debajo del cobertor para cubrirlo.
- Hacer con la sábana dos dobleces sobre sí misma (cortesía) cubrir colcha y cobertor.



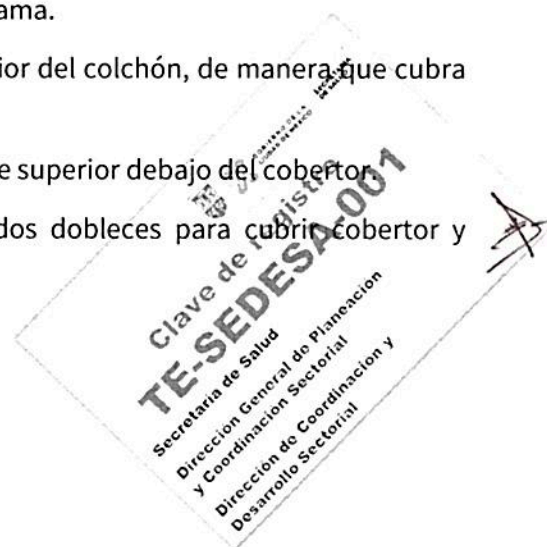
- Hacer la cartera en la piecera con las tres piezas juntas.
- Pasar al otro lado de la cama y hacer lo mismo.
- Con toda la ropa superior se hará una cartera, de la manera siguiente:
 - La extremidad superior se lleva hasta el borde inferior del colchón.
 - Nuevamente se lleva la ropa hacia el borde superior del colchón.
 - El segundo dobléz se lleva hacia el borde inferior del colchón.
 - La ropa colgante de los lados se introduce debajo del colchón.

4.2.3 Cama de Anestesia

- Lavarse las manos y preparar el equipo.
- Llevar el equipo a la unidad del derechohabiente o usuario y colocarlo sobre la silla en orden de uso.
- Retirar las ropas de la cama, doblarlas y depositarlas en el tánico.
- Solicitar al personal de intendencia la limpieza la parte expuesta del colchón.
- Colocar la sábana base longitudinalmente a la mitad del colchón; centrarla y dejar lo suficiente para introducirla debajo del colchón en la cabecera y hacer la cartera; la otra mitad de la sábana quedará doblada en acordeón en el centro del colchón.
- Colocar la sábana clínica, estirar lateralmente la sábana clínica e introducirlos bajo el colchón, junto con la sábana base.
- Colocar la sábana superior, cobertor y colcha igual que en la cama abierta y sin fijarlas en la piecera.
- Doblar las ropas que sobresalen de la piecera de la cama sobre ésta, de manera que queden a nivel del borde inferior del colchón.
- Doblar los ángulos de las ropas de cama hacia adentro y hacia arriba, del lado donde va a entrar la camilla.
- Doblar las tres piezas de ropa, llevándola hacia el borde lateral del colchón, del lado opuesto, regresarla hacia el centro y así sucesivamente, para formar un acordeón.
- Ya instalado el derechohabiente o usuario, inmediatamente se colocarán los barandales laterales.

4.2.4 Cama Ocupada

- Preparar el equipo y llevarlo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Aflojar la ropa de cama.
- Retirar la colcha, si se va a cambiar colocarla en el tánico.
- Retirar el cobertor y colocarlo en la silla.
- Dejar cubierto al derechohabiente o usuario únicamente con la sábana superior.
- Movilizar al derechohabiente o usuario y ayudarlo a deslizarse hacia el borde distal, con apoyo del camillero y vigilar que pueda apoyarse o detenerse.
- Doblar en acordeón hacia la línea media de la cama: sábana clínica y sábana base.
- Colocar la sábana base, para cubrir el colchón, siguiendo las mismas reglas.
- Colocar o estirar la sábana clínica siguiendo las mismas reglas.
- Cambiar el camisón del derechohabiente o usuario hasta la mitad.
- Colocar la sábana superior, deslizando la sucia lentamente.
- Deslizar o ayudar al derechohabiente o usuario a pasar al lado limpio de la cama.
- Intercambiar con el camillero el lugar al otro lado de la cama, verificando que los barandales estén arriba.
- Terminar de poner el camisón.
- Retirar la ropa sucia, doblarla y depositarla en el tánico.
- Estirar la ropa de la cama, hacer la cartera.
- Colocar al derechohabiente o usuario en el centro de la cama.
- Colocar el cobertor a 25 cm. por debajo del borde superior del colchón, de manera que cubra los hombros del derechohabiente o usuario.
- Colocar la colcha a nivel de la sábana e introducir el borde superior debajo del cobertor.
- Doblar sobre sí misma la sábana superior, haciendo dos dobleces para cubrir cobertor y colcha.
- Estirar las tres piezas.
- Pasar al otro lado de la cama.



- Introducir el borde superior de la colcha bajo el cobertor.
- Doblar sobre sí misma la sábana superior mediante dos dobleces para cubrir colcha y cobertor.
- Estirar las tres piezas hacia los pies y hacer un pliegue de 10 cm. antes de fijarlas al colchón.
- Hacer la cartera del mismo lado.
- Pasar al otro lado de la cama y hacer la cartera.

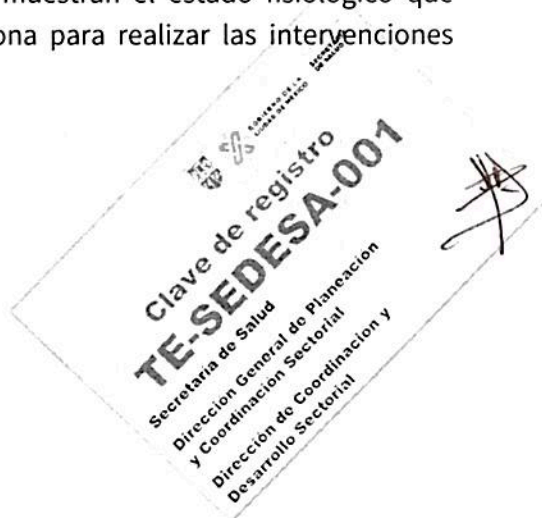
Medidas de Control y Seguridad:

- Revisar que la ropa de cama siempre esté limpia.
- Evitar el uso de ropa húmeda, deteriorada (descosida o rota) y/o sucia.
- Evitar que la ropa de cama toque el piso durante el procedimiento.
- Manipular la ropa sucia doblada de manera que no suelte pelusa, migajas y basura.
- No utilizar la ropa para limpieza.
- Realizar este procedimiento, con apoyo del camillero para evitar eventos adversos.

4.3 Valoración de Signos Vitales

Concepto:

Son las acciones que realiza el personal de enfermería para medir las funciones vitales (temperatura, respiración, pulso, tensión arterial y frecuencia cardíaca) que muestran el estado fisiológico que permiten valorar el estado de salud o enfermedad en la persona para realizar las intervenciones oportunamente.



4.3.1 Medición de la Frecuencia Respiratoria

Concepto:

Son las maniobras que se efectúan para conocer la frecuencia, el ritmo y la amplitud o profundidad de los movimientos ventilatorios del derechohabiente o usuario.

Objetivo:

Conocer las variaciones de la respiración del derechohabiente o usuario para detectar alguna alteración con respecto a su salud.

Principios:

- El ciclo completo entre una inspiración y una expiración constituye una respiración.
- La deficiencia del oxígeno en el organismo dificulta la función tisular.

Equipo y Material:

- Reloj con segundero.
- Pluma de tinta de acuerdo al turno correspondiente.
- Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Técnica:

- Asegurar que el derechohabiente o usuario esté en una posición cómoda, de preferencia sentado.
- Colocar el brazo del derechohabiente o usuario en posición relajada, cruzado sobre el abdomen o el tórax, o poner su mano directamente sobre la región superior del abdomen del derechohabiente o usuario.
- Observar un ciclo respiratorio completo (una inspiración y expiración).



- Una vez que se ha observado un ciclo, mirar el segundero del reloj y comenzar a contar la frecuencia respiratoria, cuando éste alcanza un número en la espera, cuenta “uno” para comenzar el ciclo completo.
- En el adulto, contar el número de respiraciones en 30 segundos y multiplicar por dos. Para los bebés o los niños pequeños, contar las respiraciones durante un minuto completo.
- Registrar la cifra en la Hoja de Registros Clínicos Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Medidas de Control y Seguridad:

- Es difícil para un derechohabiente o usuario respirar de manera natural, si sabe que se están contando sus respiraciones.
- Si la respiración del adulto, tiene un ritmo irregular o está anormalmente rápido o bajo, contar durante 1 minuto completo.
- Si la cifra es menor de 14 ó superior a 28 en adultos, avisar al médico tratante.
- Mientras está contando, observar si la respiración es superficial normal o profunda y si el ritmo es regular o muestra patrones alterados.
- Registrar los resultados en el diagrama de flujo o en la historia clínica.
- Informar los signos de alteraciones respiratorias.
- Tomar la frecuencia respiratoria inmediatamente después de contar el pulso, no retirar los dedos de la arteria.
- Existen variaciones en el registro del procedimiento de acuerdo a la patología del derechohabiente o usuario ejemplo: Traumatismo Craneoencefálico, Asma bronquial, Bronconeumonía, Neumonía, Edema severo, Fiebre, Quemaduras, Fracturas múltiples, Estrés, etc.



4.3.2 Medición de la Frecuencia del Pulso

Concepto:

Son las maniobras que se siguen para percibir la frecuencia de los latidos del corazón, el ritmo y la amplitud.

Objetivo:

Conocer las características y variaciones del pulso del derechohabiente o usuario.

Principio:

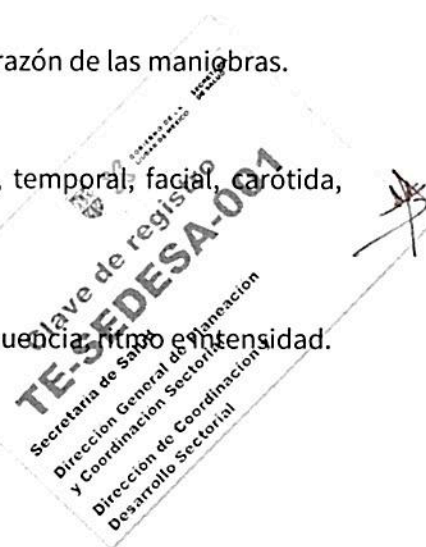
El pulso normal varía según la edad, el sexo, el estado emocional y la actividad del derechohabiente o usuario.

Equipo y Material:

- Reloj con segundero.
- Pluma de tinta del turno correspondiente.
- Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.
- Estetoscopio.

Técnica:

- Comunicar al derechohabiente o usuario con palabras sencillas, la razón de las maniobras.
- Colocar en posición sedente ó decúbito dorsal.
- Seleccionar la arteria en que se le toma el pulso (arterias radial, temporal, facial, carótida, humeral, femoral o pedial).
- Colocar la punta de los dedos índice y medio, sobre la arteria.
- Presionar solamente lo necesario para percibir las pulsaciones: frecuencia, ritmo e intensidad.



- Contar el pulso por 30 a 60 segundos. Si es irregular contar cuando menos por 60 segundos.
- En caso de duda auscultar el pulso apical colocando la capsula del estetoscopio en el lado izquierdo del tórax, por debajo de la tetilla, durante un minuto.
- Registrar la cifra en la Hoja de Registros Clínicos Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.
- Dejar confortable al derechohabiente o usuario.

Medidas de Control y Seguridad:

- Evitar tomar el pulso cuando el derechohabiente o usuario esté en actividad.
- Notificar al médico responsable:
 - Si la cifra es menor de 60 o superior de 100.
 - Si el pulso es demasiado débil o fuerte.
 - Si es irregular.
- En caso de duda repetir el procedimiento.

NOTA: Número de latidos que se consideran como normales, según edad:

EDAD	NO. DE LATIDOS
Recién nacido a 1 año	120 a 160 por minuto
1 a 6 años	100 a 115 por minuto
7 a 14 años	80 a 90 por minuto
Adulto (hombre)	70 por minuto
Adulto (mujer)	80 por minuto

- La enfermera debe de anotar las irregularidades asociadas con efectos adversos de los medicamentos cardíacos (como la digoxina).



- Si la enfermera detecta un ritmo irregular, es importante valorar si hay un déficit del pulso.
- Existen variantes de acuerdo al lugar en donde se tome el registro del pulso.
- Existen variantes en el registro del procedimiento de acuerdo a la patología del derechohabiente o usuario ejemplo:

Patologías	
Asma Bronquial	Bronconeumonía
Neumonía	Quemaduras
Fracturas Múltiples	Edema Severo
Traumatismo craneoencefálico	Presencia de Aparatos de Yeso
Fiebre	Llanto
Estrés, entre otros.	

4.3.3 Medición de la Tensión Arterial

Concepto:

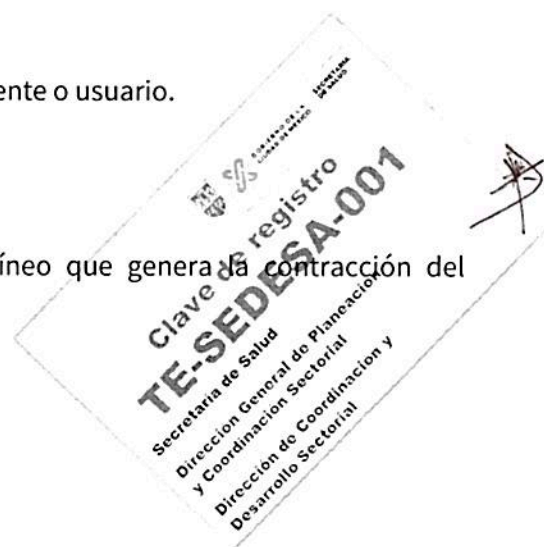
Son las maniobras que se efectúan para conocer la fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes de las arterias dependiendo de la fuerza de la contracción cardiaca y del estado físico de las arterias.

Objetivos:

- Valorar las condiciones hemodinámicas del derechohabiente o usuario.

Principio:

- Representa la fuerza de transmisión del fluido sanguíneo que genera la contracción del corazón en cada latido.

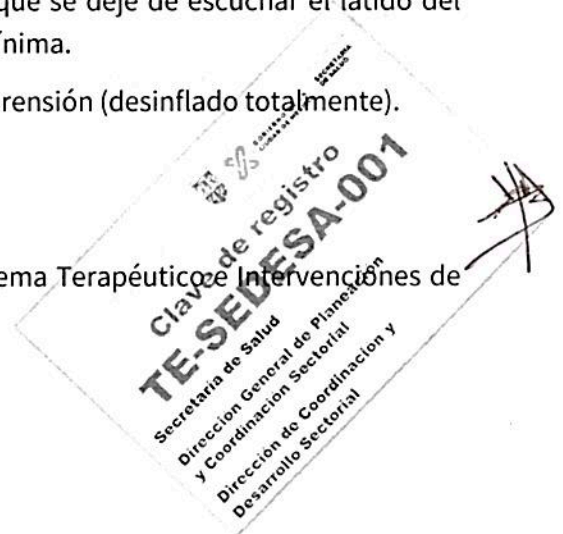


Equipo y Material:

- Baumanómetro.
- Estetoscopio biauricular.
- Bolígrafo
- Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Técnica:

- Preparar el equipo y llevarlo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Explicar al derechohabiente o usuario con palabras sencillas, la razón del procedimiento.
- En posición decúbito supino o sedente, descubrir el brazo y el antebrazo del derechohabiente o usuario.
- Colocar el brazalete alrededor del brazo izquierdo a dos centímetros arriba del codo.
- Localizar el pulso braquial con los dedos índice y medio.
- Colocar la cápsula del estetoscopio sobre la arteria braquial.
- Cerrar la válvula de la pera insufladora.
- Insuflar el brazalete hasta que la columna de mercurio marque 200 mm de mercurio.
- Dejar salir el aire lentamente, aflojando el tornillo de la pera insufladora.
- Escuchar el primer ruido que corresponde a la presión sistólica, leer la cifra y anotar como presión máxima.
- Continuar disminuyendo la presión del brazalete hasta que se deje de escuchar el latido del pulso, leer la cifra y registrar como presión diastólica o mínima.
- Quitar el estetoscopio y desconectar del sistema de compresión (desinflado totalmente).
- Retirar el brazalete, doblar y guardar en su estuche.
- Dejar al derechohabiente o usuario cómodo.
- Registrar las cifras en la Hoja de Registros Clínicos Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.



Medidas de Control y Seguridad:

- El brazo del derechohabiente o usuario se debe apoyar en un plano resistente.
- El brazalete se desinfla totalmente.
- Evitar que la cápsula del estetoscopio toque el brazalete.
- El brazalete se coloca ajustado, sin apretar.
- Asegurarse que la colocación del brazalete quede en el brazo y esté a nivel del corazón.
- Anotar de la manera siguiente la presión arterial: Sistólica/ Diastólica.
- La enfermera debe estar pendiente de los posibles signos y síntomas de la presión arterial alta (hipertensión) cefalea, rubor facial, hemorragia nasal y fatiga en los ancianos.
- Pendiente también de los signos y síntomas de la presión arterial baja (hipotensión) mareo, confusión mental, diaforesis y mucosas cianóticas.
- Evite seleccionar una extremidad que tenga instalada una vía Intravenosa y/o una derivación artero-venosa.

4.3.4 Medición de la Temperatura Axilar.

Concepto:

Procedimiento que se realiza para medir el grado de calor del organismo humano en la región axilar.

Objetivo:

Conocer el grado de temperatura que ayuda al diagnóstico y tratamiento del derechohabiente o usuario.

Principios:

- La temperatura de un organismo es el resultado del metabolismo basal regulado por el hipotálamo.



- La medición de la temperatura periférica en axila es relativamente exacta.

Equipo y Material:

- Canastilla o charola.
- Recipiente con termómetro digital.
- Recipiente con torundas
- Bolígrafo de tinta roja
- Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Técnica:

- Lavarse las manos
- Aflojar el camisón o la pijama del derechohabiente o usuario.
- Secar la región axilar con una torunda seca.
- Colocar el termómetro en la región elegida y pedir al derechohabiente o usuario que lo sujete, o en caso necesario presionar el brazo para sostener el termómetro en la axila.
- Verificar que la cubeta del termómetro esté en contacto con la piel del derechohabiente o usuario.
- Esperar el sonido del termómetro que indica la temperatura tomada
- Retirar el termómetro y, efectuar la lectura.
- Registrar la temperatura en la Hoja de Registros Clínicos Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.
- Lavar el termómetro y colocarlo nuevamente en el porta termómetros
- Dejar al derechohabiente o usuario confortable.

Medidas de Control y Seguridad:

- Mantener la posición apropiada del termómetro una vez puesto al derechohabiente o usuario para evitar errores en la toma de la temperatura.



- Valorar la temperatura y la ventilación de la habitación del derechohabiente o usuario para determinar si existen condiciones ambientales que puedan influir en el resultado de la toma de la temperatura.
- Permanecer con él derechohabiente o usuario durante todo el procedimiento.
- Instruir a los cuidadores de los niños pequeños sobre cómo colocarlos en la posición adecuada e inmovilizarlos para realizar el procedimiento.

4.4 Somatometría

Concepto:

La somatometría es la parte de la antropología física que se ocupa de las mediciones (peso y talla) que se efectúan al cuerpo humano.

4.4.1 Peso

Concepto:

Mide la masa corporal total del individuo, representado en gramos.

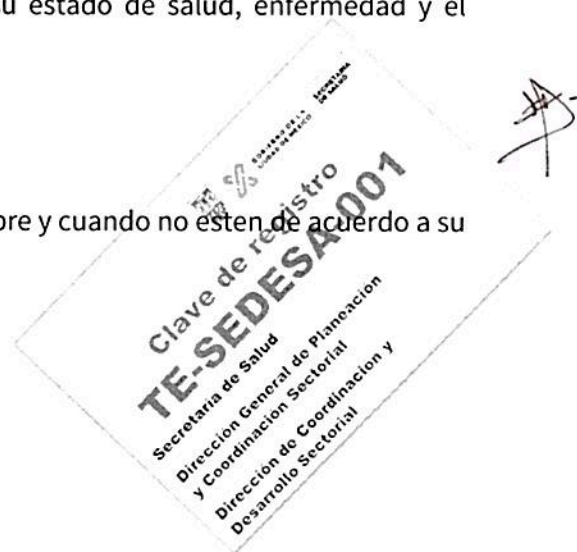
Objetivo:

Valorar el crecimiento del individuo ayudando a determinar su estado de salud, enfermedad y el diagnóstico médico y de enfermería.

Principio:

La pérdida o aumento de peso implica trastornos de salud, siempre y cuando no estén de acuerdo a su edad y talla.

Material y Equipo:



- Báscula (de acuerdo a la edad del derechohabiente o usuario)
- Cinta métrica.
- Toallas desechables.
- Lápiz o pluma.
- Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Técnica:

- Lavarse las manos.
- Preparar el equipo y trasladar al derechohabiente o usuario a la unidad de somatometría.
- Cubrir con una toalla de papel o pañal la superficie de la báscula que estará en contacto con el derechohabiente o usuario y ajustarla.
- Identificar por su nombre al derechohabiente o usuario.
- Desvestir al derechohabiente o usuario, en caso de que sea recién nacido colocarlo sobre la báscula pediátrica debidamente protegido, con maniobras gentiles y sin riesgo para el lactante, protegiéndolo con la mano izquierda encima de su cuerpo sin tocarlo, con la mano derecha equilibrando el peso.
- Asistir al derechohabiente o usuario para que suba a la báscula, colocarlo frente a la escala, sin zapatos (vigilarlo sin tocarlo mientras se toma el peso con exactitud).
- Efectuar la lectura y registro del peso del derechohabiente o usuario en la Hoja de Registros Clínicos Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.
- Bajar al derechohabiente o usuario de la báscula, ayudarlo a vestirse y lo deja cómodo.
- Informar al derechohabiente o usuario su peso.
- Desechar la toalla de papel y dar cuidados posteriores al equipo.

4.4.2 Talla

Concepto:



Mide el tamaño del individuo desde la coronilla de la cabeza hasta los pies.

Objetivo:

Valorar el crecimiento del individuo ayudando a determinar su estado de salud, enfermedad y el diagnóstico médico y de enfermería.

Principio:

El resultado de la medición de la talla ayuda a determinar los trastornos de salud, siempre y cuando no esten de acuerdo a su edad.

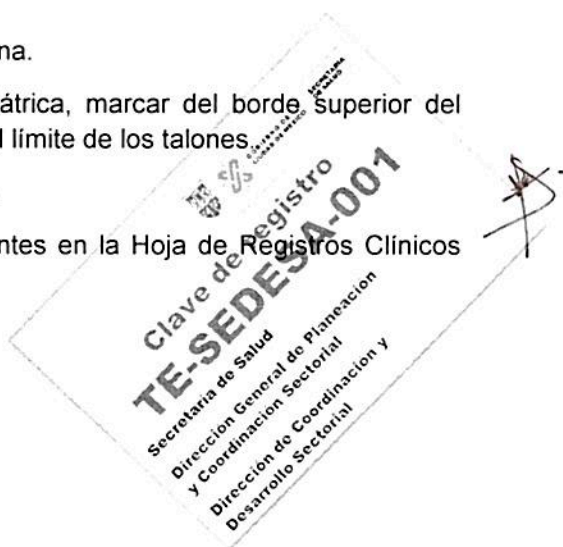
Material y Equipo:

- Báscula con densímetro (de acuerdo a la edad del derechohabiente o usuario)
- Mesa con densímetro
- Cinta métrica.
- Toallas desechables.
- Lápiz o pluma.
- Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Técnica:

Para derechohabiente o usuario pediátrico:

- Lavarse las manos.
- Extiende sobre la mesa de exploración pediátrica una sábana.
- Instalar al niño en decúbito dorsal, sobre la mesa pediátrica, marcar del borde superior del cráneo, apoyar una mano en las rodillas del niño y marca el límite de los talones.
- Medir con la cinta métrica la distancia entre un punto y otro.
- Realizar la lectura y hacer las anotaciones correspondientes en la Hoja de Registros Clínicos Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.
- Dejar al derechohabiente o usuario cómodo.



4.5 Recolección de Muestra Hematológica

Concepto:

Es la técnica para obtener una o varias muestras de sangre venosa, arterial o capilar para la valoración biomédica del derechohabiente o usuario.

Objetivo:

Obtener información sobre las condiciones y características de los componentes sanguíneos y comparar parámetros biomédicos y/o microbiológicos.

Principio:

La sangre está formada de diversos componentes que al alterarse ocasionan cambios importantes en el organismo.

Material y Equipo:

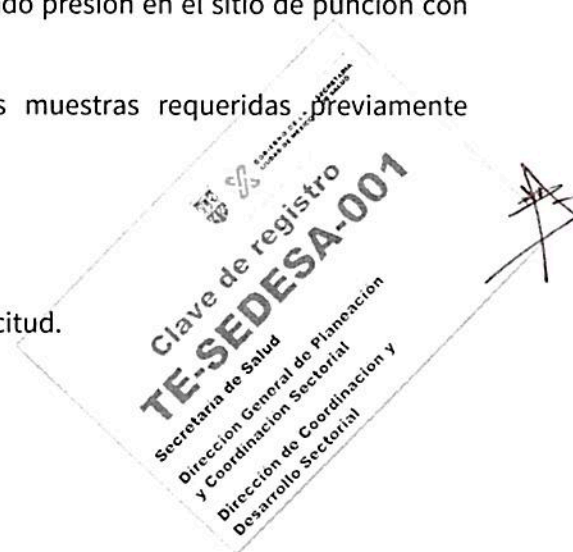
- Charola de mayo.
- Jeringa de 10 ml.
- Aguja Hipodérmica calibre: No. 20 ó 22.
- Guantes.
- Cubre bocas.
- Gafas de protección.
- Torundas con solución Antiséptica.
- Tubos de ensaye.
- Ligadura.
- Membretes.



- Solicitud de laboratorio.
- Pluma.
- Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Técnica:

- Lavarse las manos antes y después del procedimiento.
- Preparar el equipo.
- Trasladar el equipo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Identificar al derechohabiente o usuario de acuerdo a la solicitud.
- Explicar al derechohabiente o usuario breve y claramente la técnica a realizar.
- Verificar el ayuno en caso de estar indicado.
- Dar posición anatómico-funcional.
- Identificar el sitio de punción colocarse guantes, cubrebocas y gafas de protección.
- Montar la aguja en la jeringa receptora.
- Colocar ligadura a 5 cms. del sitio de punción seleccionado.
- Realizar asepsia de la región.
- Introducir la aguja con el bisel hacia arriba a 45 ° en relación a la superficie de la piel.
- Aspirar el fluido sanguíneo la cantidad necesaria para los estudios solicitados
- Retirar la ligadura, sacar la aguja con precaución haciendo presión en el sitio de punción con una torunda alcoholada.
- Depositar la sangre en los tubos de acuerdo a las muestras requeridas previamente membretadas.
- Dejar cómodo al derechohabiente o usuario.
- Retirar el equipo y dar los cuidados posteriores a su uso.
- Enviar las muestras sanguíneas al laboratorio con su solicitud.



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

Medidas de Control y Seguridad:

- Lavarse las manos antes y después del procedimiento.
- Realizar la toma de muestras con equipo necesario para evitar accidentes.
- Manejar las muestras con cuidado para evitar accidentes.
- Verificar las muestras con la solicitud del derechohabiente o usuario.
- Identificar los tubos específicos para la muestra de sangre.
- Las muestras de sangre se colocan en tubos específicos para su identificación y de acuerdo con el tipo de examen que se haya ordenado.

NOTA: Este procedimiento se realizará solo en caso de urgencia, ya que el personal de laboratorio es quien toma las muestras.

ESTUDIO	TUBO
Química sanguínea 3 elementos Creatinina, glucosa, urea	AMARILLO o ROJO
Química sanguínea 4 elementos Ácido úrico, creatinina, glucosa, urea.	AMARILLO o ROJO
Perfil de lípidos Colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL, triglicéridos.	AMARILLO o ROJO

ESTUDIO	TUBO
Perfil Toxémico Acido úrico, Albúmina, Aspartato aminotrasferasa (AST), Deshidrogenasa láctica (LDH), glucosa, proteínas totales, Biometría hemática, grupo sanguíneo. Tiempo protrombina, tiempo tromboplastina	AMARILLO LAVANDA AZUL
Perfil Metabólico HbA1C	AMARILLO o ROJO
Perfil Hepático Alamo aminotrasferasa (ALT), Albúmina (ALB), Aspartato Aminotrasferasa (AST), Bilirrubina directa(BD), Bilirrubina total (BT), Deshidrogenasa Láctica (LDH), Fosfata Alalina (ALP), Gamma glutamil transpeptidasa (GGT), proteínas totales (PT).	AMARILLO o ROJO
Perfil Pancreático Amilasa (AMY), Deshidrogenasa láctica (LDH), Lipasa (LIP).	AMARILLO o ROJO
Perfil Cardíaco Aspartato aminotrasferasa (AST), Creatinina, Creatinina + o MB (CKMB), Creatinina total (CK), Deshidrogenasa láctica (LDH)	AMARILLO o ROJO

ESTUDIO	TUBO
Perfil cardiopulmonar Mioglobina cuantitativa prueba rápida, troponina 1 cuantitativa rápida, Péptido natriurético (BPN) cuantitativa prueba rápida, Dímero D, cuantitativa prueba rápida, CK-MB, masa cuantitativa prueba rápida	LAVANDA
Coagulación 1 ó coagulación 2 Tiempo protrombina, tiempo trombotina	AZUL
Hematología Biometría hemática, frotis cuenta diferencial, grupo sanguíneo, reticulosis, velocidad sedimentación globular.	LAVANDA
Electrolitos séricos 1 Sodio, potasio y cloro	AMARILLO o ROJO
Electrolitos séricos 2 Calcio, fósforo, magnesio	AMARILLO o ROJO

4.6 Recolección de Muestra de Orina (EGO)

Concepto:

Es la técnica para obtener una muestra de orina para su análisis químico y/o microscópico.

Objetivo:

Obtener una muestra de orina sin contaminación, para el estudio microbiológico.



Principio:

La muestra se obtiene de la primera orina de la mañana, ya que así pueden obtenerse recuentos bacterianos.

Material y Equipo:

- Charola de Mayo.
- Solicitud de Estudio.
- Guantes, Cubrebocas, Gafas de Protección.
- Frasco estéril previamente etiquetado.
- Cómodo en caso de que el derechohabiente o usuario se encuentre encamado.
- Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Técnica:

- Lavarse las manos antes y después del procedimiento.
- Preparar el equipo.
- Trasladar el equipo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Identificar al derechohabiente o usuario de acuerdo a la solicitud.
- Explicar al derechohabiente o usuario breve y claramente la técnica a realizar.
- Colocarse guantes, cubrebocas y gafas de protección.
- Pedir al derechohabiente o usuario que orine un poco en el baño o en el cómodo y tratar de detener el chorro, colocar el frasco contenedor para continuar la caída de la orina directamente al frasco.
- Tapar el frasco inmediatamente sin contaminarlo.
- Dejar cómodo al derechohabiente o usuario.
- Enviar la muestra al laboratorio inmediatamente.



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

Medidas de Control y Seguridad:

- Cerrar bien el frasco recolector para evitar derrames.
- Membretar los frascos.
- Evitar contaminar la muestra.
- Procurar coleccionar la primera orina de la mañana.
- Verificar las muestras con la solicitud del derechohabiente o usuario.

4.7 Recolección de Muestra de Heces

Concepto:

Serie de maniobras que se realizan para obtener una muestra de materia fecal para su estudio microbiológico.

Objetivo:

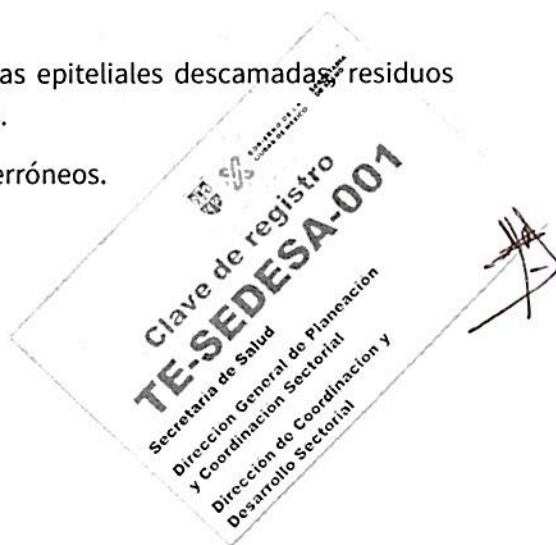
Detectar la presencia de elementos anormales o parásitos en las heces.

Principios:

- Normalmente la materia fecal contiene bacterias, células epiteliales descamadas, residuos alimenticios, pigmentos biliares, moco y sales inorgánicas.
- El contacto de materia fecal con orina induce a hallazgos erróneos.

Material y Equipo:

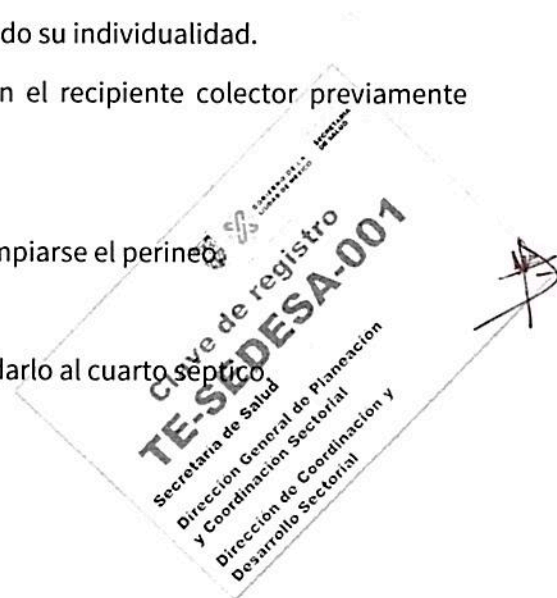
- Charola de Mayo.



- Solicitud del estudio.
- Guantes, cubrebocas, abatelenguas, gafas de protección.
- Cómodo.
- Toalla desechable.
- Recipiente con tapa previamente etiquetado.
- Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Técnica:

- Lavarse las manos antes y después del procedimiento.
- Preparar el equipo.
- Trasladar el equipo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Identificar al derechohabiente o usuario de acuerdo a la solicitud.
- Explicar al derechohabiente o usuario breve y claramente la técnica a realizar.
- Colocarse guantes, cubrebocas y gafas de protección.
- Dar posición anatómo-funcional al derechohabiente o usuario.
- Colocar el cómodo.
- Pedir al derechohabiente o usuario que orine antes de evacuar y desechar la orina para evitar contaminación.
- Pedir al derechohabiente o usuario que evacue, respetando su individualidad.
- Tomar la muestra con un abatelenguas y colocarlo en el recipiente colector previamente membretado.
- Tapar el frasco inmediatamente.
- Si es necesario, ayudar al derechohabiente o usuario a limpiarse el perineo.
- Dejar cómodo al derechohabiente o usuario.
- Retirar y cubrir el cómodo con toalla desechable y trasladarlo al cuarto séptico.
- Retirar el equipo y dar los cuidados posteriores a su uso.



- Enviar la muestra al laboratorio inmediatamente.
- Realizar las anotaciones correspondientes en la Hoja de Registros Clínicos Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Medidas de Control y Seguridad:

- Membretar previamente el frasco contenedor
- Evitar contaminar la muestra.
- Verificar las muestras con la solicitud del derechohabiente o usuario.

4.8 Recolección de Muestra de Esputo.

Concepto:

Serie de maniobras que se realizan para obtener una muestra de expectoración para su análisis clínico identificando microorganismos patógenos pulmonares.

Objetivo:

Obtener una muestra de secreción bronquial sin contaminación.

Principios:

- El medio de cultivo apropiado facilita la identificación del germen causal.
- La fisioterapia respiratoria moviliza las secreciones para la expectoración.
- El método ordinario para recoger muestras de esputo es la expectoración, se puede requerir nebulización, hidratación, perfusión torácica y drenaje postural.

Material y equipo:

- Charola de mayo



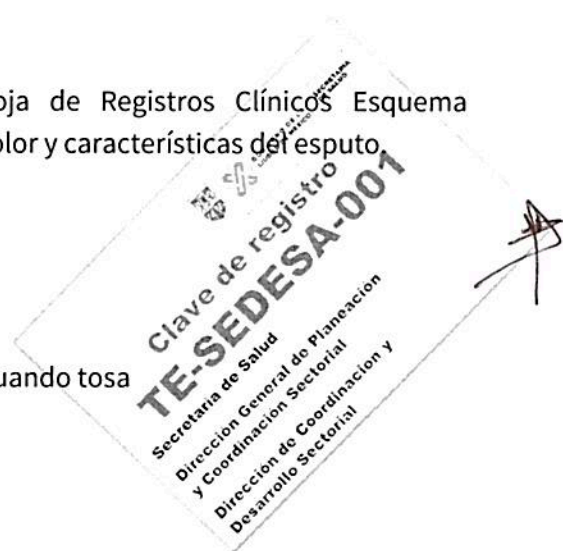
- Solicitud de estudio
- Guantes, gorro, cubrebocas y gafas de protección
- Frasco estéril de boca ancha previamente etiquetado
- Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Técnica:

- Lavarse las manos antes y después del procedimiento.
- Preparar el equipo
- Trasladar el equipo a la unidad del derechohabiente o usuario
- Identificar al derechohabiente o usuario de acuerdo a la solicitud.
- Explicar al derechohabiente o usuario brevemente y claramente la técnica a realizar.
- Verificar el ayuno en caso de estar indicado.
- Dar posición anatómico-funcional.
- Colocarse gorro, cubrebocas, guantes y gafas de protección.
- Estimular el reflejo tusígeno (a través de la respiración profunda) colocar el frasco para la colección de la muestra.
- Tapar el frasco inmediatamente
- Dejar cómodo al derechohabiente o usuario.
- Retirar el equipo y dar cuidados posteriores a su uso.
- Enviar la muestra al laboratorio clínico.
- Realizar las anotaciones correspondientes en la Hoja de Registros Clínicos Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería: cantidad, color y características del esputo

Medidas de control y seguridad:

- Cerrar el frasco contenedor para evitar derrames.
- Pedir al derechohabiente o usuario que se tape la boca cuando tosa



- Colectar la muestra por la mañana y cuando el moco se ha acumulado durante la noche.
- Recabar resultados de laboratorio.
- Verificar las muestras con la solicitud del derechohabiente o usuario.
- Con la existencia de vomito diferir el procedimiento.

4.9 Manejo de Reactivos

Concepto:

Son métodos diagnósticos de química seca ampliamente utilizados, por su facilidad de uso, precisión y posibilidades diagnósticas.

4.9.1 Glicemia Capilar

Concepto:

Es el método que se utiliza para cuantificar la glucosa en sangre del derechohabiente o usuario.

Objetivo:

Identificar en forma rápida las cifras de glucosa en sangre, para establecer oportuna y eficazmente su tratamiento.

Principio:

El conocimiento de los niveles de la glucosa en sangre permite detectar anomalías oportunamente.

Material y Equipo:

- Glucómetro



- Tiras reactivas.
- Lancetas.
- Torundas alcoholadas
- Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Técnica:

- Lavarse las manos antes y después del procedimiento.
- Trasladar el equipo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Explicar al derechohabiente o usuario lo que se le va a realizar.
- Realizar asepsia de la región a puncionar.
- Puncionar gentilmente la zona, y depositar la primera gota de sangre en el reactivo.
- Presionar el sitio de punción con la torunda alcoholada.
- Esperar el resultado que derive del glucómetro.
- Proporcionar al derechohabiente o usuario tranquilidad y comodidad.
- Proporcionar al equipo los cuidados posteriores a su uso.
- Realizar las anotaciones correspondientes en la Hoja de Registros Clínicos Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Medidas de Control y Seguridad:

- Verificar la fecha de vigencia de las tiras reactivas.
- Verificar la hemostasia del sitio de punción.



4.9.2 Gluco - Cetonurias

Concepto:

Es la detección de cuerpos cetónicos (glucosa, proteínas, bilirrubinas, urobilinógeno, pH, cetonas, nitritos, leucocitos y sangre) en orina.

Objetivo:

Conocer la cantidad de cuerpos cetónicos en orina, para ayudar al médico a establecer el diagnóstico y tratamiento oportuno.

Principio:

La presencia de cuerpos cetónicos en la orina, es signo característico de desequilibrio metabólico.

Material y Equipo:

- Tiras reactivas de glucocetonurias.
- Escala cromática.
- Frasco colector.
- Papel sanitario.
- Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Técnica:

- Lavarse las manos antes y después del procedimiento.
- Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Solicitar al derechohabiente o usuario coleccionar la orina en un frasco limpio.
- En caso de tener sonda de drenaje urinario vaciar la orina en el vaso colector.
- Sumergir la tira reactiva dentro del depósito de orina.



- Comparar los resultados con la escala cromática.
- Proporcionar al equipo los cuidados posteriores a su uso.
- Realizar las anotaciones correspondientes en la Hoja de Registros Clínicos Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Medidas de Control y Seguridad:

- No dejar destapado el frasco de reactivo.
- No confundir la orina del derechohabiente o usuario.
- Cumplir las indicaciones médicas dictadas para el caso.

4.10 Oxigenoterapia

Concepto:

Es el conjunto de acciones que se realizan para suministrar oxígeno al organismo y mantener la concentración normal de este elemento en la sangre.

Objetivo:

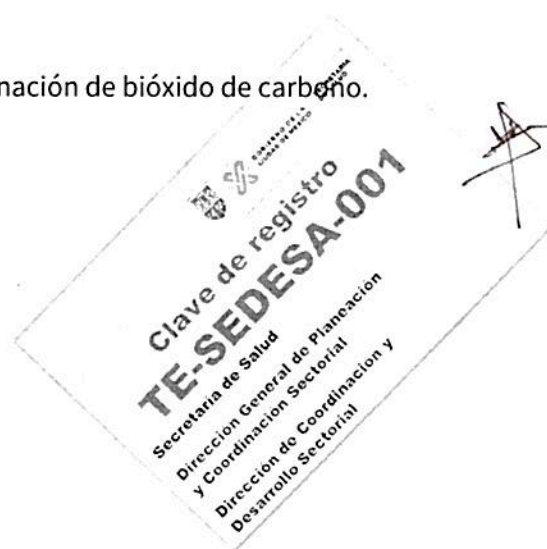
Mejorar problemas de hipoxia mediante métodos simples de administración de oxígeno.

Principio:

Oxigenar en forma adecuada la sangre arterial, garantiza la eliminación de bióxido de carbono.

Equipo y Material:

- Toma de oxígeno con manómetro y flujómetro.
- Recipiente humidificador (borboteador).
- Agua bidestilada.



- Cono, cánula nasal para oxígeno: infantil, pediátrico y adulto, mascarilla o casco cefálico y puritan.
- Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Técnica:

- Revisar indicaciones médicas.
- Lavarse las manos antes y después del procedimiento.
- Integrar el equipo y trasladarlo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Verificar la funcionalidad de la toma de oxígeno que se va a utilizar.
- Explicar al derechohabiente o usuario la razón del procedimiento de acuerdo a las condiciones y edad.
- Colocar agua en el borboteador hasta la mitad de éste.
- Conectar el extremo distal de la cánula a la fuente de oxígeno y el otro extremo al medio que se va a utilizar para la administración del oxígeno al derechohabiente o usuario.
- Abrir el flujo del oxígeno hasta obtener el número de litros de oxígeno prescrito.
- Comprobar la permeabilidad y presión del oxígeno.
- Instalar y fijar el dispositivo indicado para la administración de oxígeno al derechohabiente o usuario.
- Observar la reacción del paciente durante los primeros minutos y después periódicamente.
- Dejar al derechohabiente o usuario cómodo.
- Dar al equipo los cuidados posteriores a su uso.
- Colocar membrete de fecha de instalación del dispositivo utilizado.
- Realizar las anotaciones correspondientes en la Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Medidas de Control y Seguridad:

- Evitar elementos flamables cerca del oxígeno.



- Evitar que el oxígeno se ministre sin humidificar.
- Verificar que las concentraciones de oxígeno sean las indicadas.
- Mantener las vías respiratorias superiores permeables.
- Cambiar el borboteador cada 24 horas
- Realizar cambio de dispositivo (Catéter nasal, tubo de oxígeno) cada 72 horas.
- Mantener limpio el dispositivo utilizado y cambiarlo por razón necesaria.

4.11 Aspiración de Secreciones

Concepto:

Es la extracción de secreciones bronquiales y/o moco, para mantener la vía aérea permeable por medio de una sonda, a través de un circuito cerrado conectado a un sistema de succión.

Objetivo:

Mantener la vía aérea permeable.

Principio:

Las vías respiratorias libres de secreciones favorecen la ventilación.

Material y Equipo:

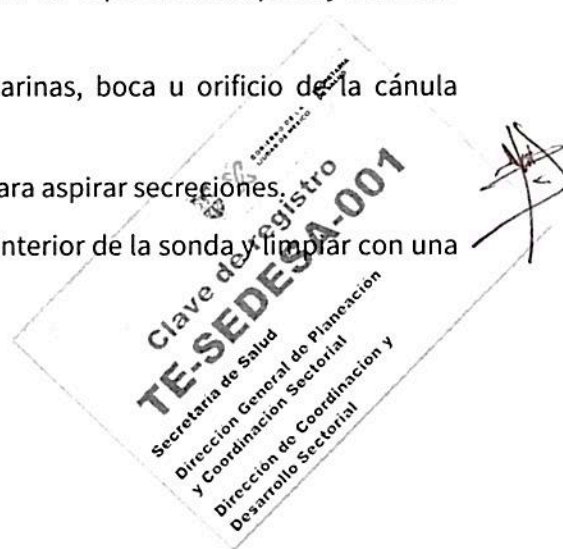
- Aspirador.
- Sondas de aspiración de calibre adecuado.
- Sondas de aspiración de circuito cerrado.
- Frasco de solución fisiológica o agua estéril.
- Equipo de aspiración estéril.



- Gasas estériles.
- Cubrebocas.
- Goggles.
- Guantes estériles.
- Papel y lápiz.
- Contenedor de desechos
- Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Técnica:

- Lavarse las manos antes y después del procedimiento y cuantas veces sea necesario.
- Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Colocarse el cubrebocas y goggles.
- Explicar al derechohabiente o usuario si se encuentra en condiciones, la razón del procedimiento y en qué consiste. Para el caso en que el derechohabiente o usuario se encuentre traqueostomizado, se le proporciona papel y lápiz por si desea comunicarse.
- Colocar al derechohabiente o usuario en posición de Fowler o en decúbito dorsal, según sea el caso.
- Abrir la solución y el equipo estéril, colocar la sonda a utilizar y verter la solución necesaria en el recipiente.
- Colocarse los guantes, tomar la sonda o el sistema cerrado de aspiración traqueal y conectar un extremo al tubo de aspiración.
- Introducir la sonda en la cavidad que se va aspirar (narinas, boca u orificio de la cánula endotraqueal, o de traqueotomía).
- Obturar la sonda y con movimientos rotatorios, extraer para aspirar secreciones.
- Aspirar pequeñas cantidades de solución para limpiar el interior de la sonda y limpiar con una gasa el exterior, cuantas veces sea necesario.



- Alternar la aspiración (15 segundos) y la ventilación (saturación de oxígeno mayor a 90%) en el caso de que el derechohabiente o usuario tenga instalado ventilador mecánico.
- Retirar y lavar la endocánula a presión con agua y jabón, en caso de que el derechohabiente o usuario esté traqueostomizado.
- Pasar una gasa o aplicador humedecido, por la luz de la endocánula para el aseo correspondiente e instalar en la cánula del derechohabiente o usuario traqueostomizado.
- Cubrir con gasa húmeda el orificio de entrada de la cánula instalada en el derechohabiente o usuario.
- Proporcionar comodidad y confianza al derechohabiente o usuario.
- Proporcionar los cuidados necesarios al equipo, una vez terminado el procedimiento, para mantenerlo en buenas condiciones de uso.
- Realizar las anotaciones correspondientes en la Hoja de Registros Clínicos Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

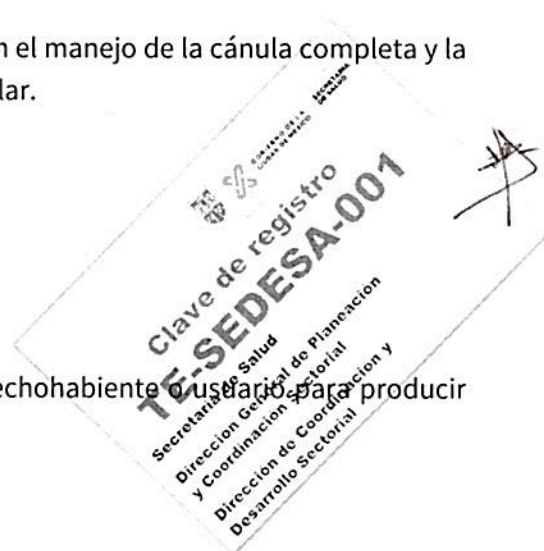
Medidas de Control y Seguridad:

- Evitar que el frasco recolector de secreciones rebase el nivel, ya que propiciaría reflujo de su contenido al derechohabiente o usuario.
- Ajustar perfectamente todas las conexiones y tapones del equipo para evitar fugas.
- Identificar perfectamente las partes de la cánula antes y después del procedimiento.
- Aplicar oxígeno directamente a la cánula cuando sea necesario: en caso de derechohabientes o usuarios traqueostomizados con ventilador mecánico.
- Orientar al derechohabiente o usuario y sus familiares, en el manejo de la cánula completa y la aspiración de secreciones, en caso de egresar sin decanular.

4.12 Aplicación de Frio como Agente Terapéutico

Concepto:

Agente físico local que se aplica a una zona del cuerpo del derechohabiente o usuario para producir



cambios en la temperatura tisular, locales o generales con objetivos terapéuticos.

Objetivo:

Producir vasoconstricción de los vasos periféricos para reducir el metabolismo basal, edema, provocar hipotermia y/o anestesia local.

Principios:

- La aplicación de frío extremo puede destruir el tejido si la aplicación se utiliza durante un tiempo largo.
- La evaporación reduce la temperatura corporal.
- El frío prolongado disminuye la actividad celular y la tasa metabólica, lo que puede producir la muerte.
- El frío inhibe la formación y absorción de tóxicos bacterianos.

Material y Equipo:

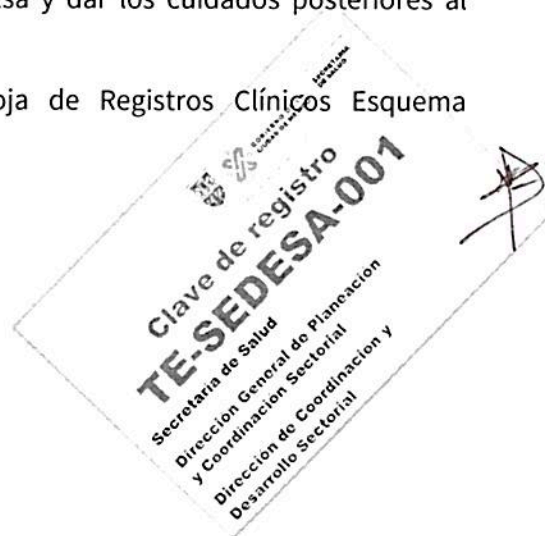
- Equipo de termometría.
- Bolsa para agua fría o hielo
- Funda para la bolsa.
- Lebrillo
- 2 toallas para fricción o afelpadas.
- Pañal desechable para adulto. (los necesarios)
- Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería



4.12.1 Aplicación de Bolsa con Agua Fría

Técnica:

- Lavarse las manos.
- Preparar el equipo.
- Revisar la bolsa y que el tapón cierre perfectamente.
- Verter el agua en la bolsa hasta las dos terceras partes de su capacidad y colocar la bolsa sobre una superficie plana y purgar el aire.
- Colocar y cerrar el tapón de la bolsa, invertir la bolsa para cerciorarse que no haya fugas.
- Secar la superficie de la bolsa y colocarla dentro de la funda o cubierta.
- Trasladar la bolsa a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Identificar al derechohabiente o usuario.
- Informar al derechohabiente o usuario sobre el procedimiento y los objetivos que se persiguen.
- Tomar la temperatura y anotarla en hoja de registros clínicos de Enfermería.
- Preparar físicamente al derechohabiente o usuario y descubrir la región.
- Colocar la bolsa en el sitio seleccionado, dejar de 20 a 30 minutos.
- Dejar cómodo al derechohabiente o usuario.
- Tomar continuamente temperatura para evitar cualquier complicación.
- Al terminar el tiempo del procedimiento, retirar la bolsa y dar los cuidados posteriores al equipo.
- Realizar las anotaciones correspondientes en la Hoja de Registros Clínicos Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.



4.12.2 Aplicación de Compresas Húmedo-Frías

Técnica:

- Lavarse las manos antes y después del procedimiento.
- Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Identificar al derechohabiente o usuario.
- Informar al derechohabiente o usuario sobre el procedimiento a realizar y los objetivos que se persiguen.
- Preparar físicamente al derechohabiente o usuario.
- Aislar y descubrir la región indicada.
- Colocar agua fría en un recipiente.
- Tomar los extremos del paño y sumergirlo en el agua hasta que se sature.
- Exprimir el paño perfectamente.
- Colocar el paño en la región indicada.
- Repetir el procedimiento cuantas veces sea necesario.
- Tomar la temperatura continuamente para evitar complicaciones.
- Al terminar el tratamiento retirar los paños.
- Dejar cómodo al derechohabiente o usuario.
- Realizar las anotaciones correspondientes en la Hoja de Registros Clínicos Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería: fecha, hora, tiempo de aplicación y reacción del derechohabiente o usuario.

Medidas de Control y Seguridad:

- Medir la temperatura corporal frecuentemente.
- Cerciorarse de que la bolsa se encuentre en buenas condiciones.
- Evitar que escurra agua al derechohabiente o usuario y en la cama.



- Vigilar la presencia de cambios de coloración en la piel.
- Evitar quemaduras al derechohabiente o usuario.
- Cambie el agua cuantas veces sea necesario.
- Vigilar a derechohabiente o usuarios inconscientes, ancianos y niños.
- Observar continuamente el área de aplicación, verificar que no haya signos de circulación anormal cianosis, palidez o enrojecimiento de la zona.
- Evitar que la bolsa se desplace.
- Antes, durante y después de hacer aplicaciones húmedas o secas, deberán buscarse signos y síntomas de trastornos de la piel o mucosa en especial en los casos siguientes:
- Cuando el derechohabiente o usuario es de corta edad o anciano, la piel es delicada o hipersensible.

4.13 Aplicación de Calor como Agente Terapéutico

Concepto:

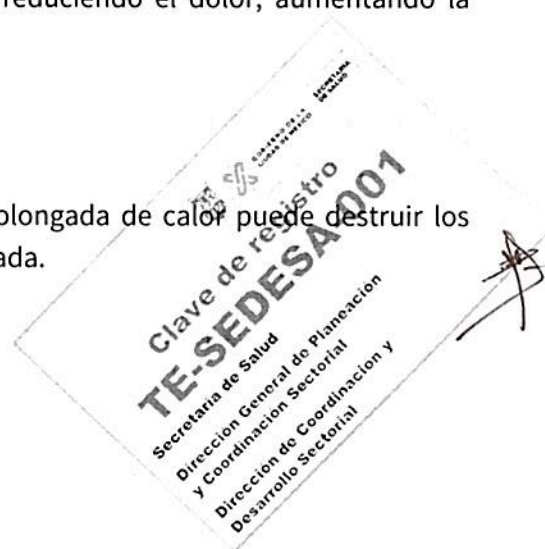
Agentes físico locales que se aplican a una zona del cuerpo del derechohabiente o usuario para producir cambios en la temperatura tisular, locales o generales con objetivos terapéuticos.

Objetivo:

Producir vaso dilatación periférica, relajar al tejido muscular reduciendo el dolor, aumentando la temperatura corporal.

Principios:

- El calor dilata los cuerpos, por lo que la aplicación prolongada de calor puede destruir los tejidos, producir sudor y enrojecimiento de la zona aplicada.
- Mantener las funciones metabólicas normales.



Material y Equipo:

- Equipo de termometría.
- Bolsa para agua caliente con llave o tapón de la misma.
- Funda o cubierta para bolsa.
- Lebrillo.
- Agua caliente.
- Lámpara de pie.
- Frazada o cobertor
- Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

4.13.1 Aplicación de Bolsa con Agua Caliente

Técnica

- Lavarse las manos antes y después de realizar el procedimiento
- Preparar el equipo.
- Revisar la bolsa y que el tapón cierre perfectamente.
- Colocar agua en la bolsa hasta las dos terceras partes de su capacidad.
- Colocar la bolsa sobre una superficie plana y purgarla de aire.
- Colocar y cerrar y cerciorarse que no haya fugas.
- Secar la superficie de la bolsa y colocarla dentro de la funda o cubierta.
- Trasladar la bolsa a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Identificar al derechohabiente o usuario.
- Informar al derechohabiente o usuario sobre el procedimiento y los objetivos que se persiguen.
- Tomar temperatura y registrarla en hoja de registros clínicos de enfermería, correr gráfica, observar pulso y respiración durante y después del tratamiento.

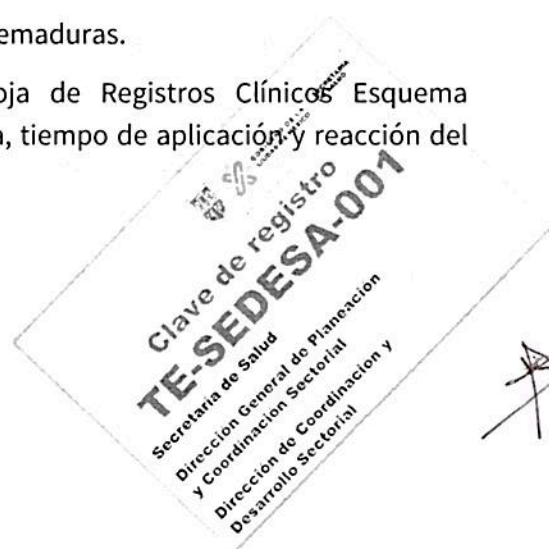


- Preparar físicamente al derechohabiente o usuario.
- Descubrir la región indicada y colocar la bolsa.
- Dejar cómodo al derechohabiente o usuario.
- Tomar temperatura continuamente para evitar complicaciones.
- Terminado el tiempo del procedimiento, retirar la bolsa y dar los cuidados posteriores a su uso.
- Realizar las anotaciones correspondientes en la Hoja de Registros Clínicos Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería: evolución y observaciones de la región tratada.

4.13.2 Aplicación de Calor Local Seco (Lámpara de Pie o Chicote)

Técnica:

- Lavarse las manos antes y después del procedimiento.
- Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Identificar al derechohabiente o usuario.
- Informar al derechohabiente o usuario sobre el procedimiento y los objetivos que se persiguen.
- Preparar físicamente al derechohabiente o usuario.
- Aislar y descubrir la región indicada.
- Encender la lámpara y colocarla de 50 a 75 cm. de distancia de la superficie cutánea.
- Observar continuamente la región a tratar para evitar quemaduras.
- Realizar las anotaciones correspondientes en la Hoja de Registros Clínicos Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería: fecha, hora, tiempo de aplicación y reacción del derechohabiente o usuario.



4.13.3 Aplicación de Calor Húmedo a Través de Compresas Húmedo Calientes.

Técnica:

- Lavarse las manos antes y después del procedimiento.
- Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Identificar al derechohabiente o usuario.
- Informar al derechohabiente o usuario sobre el procedimiento y los objetivos que se persiguen.
- Preparar físicamente al del derechohabiente o usuario.
- Aislar y descubrir la región indicada.
- Colocar el agua caliente en un lebrillo.
- Tomar los extremos del paño y sumergirlos en el agua hasta que se sature.
- Exprimir el paño perfectamente.
- Colocar el paño en la región indicada.
- Cubrir si es necesario.
- Repetir el procedimiento cuantas veces sea necesario.
- Al terminar el tratamiento retirar los paños y dar masaje.
- Dejar cómodo al derechohabiente o usuario.
- Realizar las anotaciones correspondientes en la Hoja de Registros Clínicos Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería: fecha, hora, tiempo de aplicación y reacción del derechohabiente o usuario.

Medidas de Control y Seguridad:

- Medir la temperatura corporal frecuentemente.
- Evitar escurrimientos de agua al derechohabiente o usuario o a la cama.
- Vigilar la presencia de rubor excesivo en la zona de aplicación del calor, observando continuamente el área de aplicación.

- En caso de utilizar lámpara vigilar que ésta permanezca entre 50 y 75 cm de altura en relación al derechohabiente o usuario, así como toda la instalación y cable se encuentren en buenas condiciones.
- Si instala bolsa de agua caliente, cambie el agua cuantas veces sea necesario.
- Vigile al derechohabiente o usuarios inconscientes, ancianos y niños.
- Evite que la bolsa se desplace.
- La lámpara se coloca a un lado del derechohabiente o usuario y no por encima, pues podría caerse.
- Nunca deberá colocarse debajo de la ropa de cama, pues podría provocar un incendio.
- Se recomienda que la duración de la aplicación sea de 10 a 15 min.

4.14 Instalación de Catéter Venoso Periférico

Concepto:

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

Objetivo:

Establecer una vía de acceso sanguíneo para el suministro de líquidos, medicamentos, hemoderivados y otros.

Principios:

- El torrente circulatorio es el mejor vehículo para el transporte de soluciones y/o medicamentos.
- Todas las células del organismo necesitan cantidades determinadas de líquidos y electrolitos para su correcto funcionamiento.



- 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.

Material y Equipo:

- Mesa Pasteur
- Solución a infundir.
- Catéteres de diferentes calibres.
- Cubre bocas.
- Guantes estériles.
- Gasas estériles de 5x7.5 cm.
- Antisépticos, opciones a elegir:
 - Gluconato de clorhexidina al 2% con alcohol isopropílico al 70%
 - Alcohol isopropílico al 70%
 - Yodopovidona al 10%.
- Ligadura.
- Apósito transparente estéril o apósito transparente estéril rectangular suajado con bordes reforzados y cintas estériles.
- Contenedor para desecho de punzo cortantes.
- Contenedor de desechos.
- Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Técnica:

- Desinfectar la mesa Pasteur.
- Lavarse las manos con agua y jabón antes y después del procedimiento.
- Colocarse el cubrebocas.



- Preparar la solución a administrar en el área de preparación de medicamentos.
- Colocarlo en el tripié y purgar el equipo.
- Explicar al derechohabiente o usuario el procedimiento a realizar.
- Efectuar higiene de manos con solución alcoholada.
- Interrogar al derechohabiente o usuario sobre cuál es su mano dominante.
- Seleccionar el sitio anatómico de instalación, iniciando por las venas de las manos.
- Abrir la envoltura del catéter.
- Abrir el paquete de gasas de 5x7.5 cm.
- Colocar el torniquete en la parte superior al sitio seleccionado para puncionar.
- Colocarse un guante estéril en la mano dominante.
- Tomar una gasa y verter alcohol o tomar la almohadilla alcoholada.
- Realizar asepsia del centro a la periférica en un radio de 5-7cms., tratando de no contaminarla con la piel circundante, desechar y permitir que seque por si solo, realizar 2 tiempos.
- Tomar una gasa, verter yodopovidona, realizar asepsia, del centro a la periferia, tratando de no contaminar con la piel circundante, desechar y permitir que seque (2 tiempos).
- Si utiliza Gluconato de clorhexidina dar un solo tiempo.
- Calzarse el otro guante.
- Insertar el catéter con el bisel de la guía metálica hacia arriba en sitio seleccionado.
- Verificar el retorno venoso en la cámara del catéter.
- Retroceder una pequeña parte de la guía metálica y deslizar el catéter hacia la luz venosa.
- Colocar una gasa por debajo del pabellón del catéter.
- Retirar el torniquete, hacer presión en la parte superior de la vena que se canalizó mientras termina de extraer la guía metálica para evitarla salida de sangre.
- Conectar el equipo de infusión, abrir la llave de paso y cerciorarse del adecuado flujo.
- Retirar la gasa y depositar en el contenedor de desechos.



- Colocar el apósito transparente para fijar el catéter cubriendo el sitio de inserción y sin estirarlo.
- Realizar presión 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.
- Si utiliza apósito transparente suajado con bordes reforzados utilizar las cintas estériles para sujetar mejor el catéter antes de colocar el apósito sobre el mismo.
- Retirar los guantes de ambas manos y desecharlos.
- Fijar el equipo de infusión sobre la piel del paciente con cinta quirúrgica plástica transparente aproximadamente a cinco centímetros de la unión con el catéter, no aplicarla sobre el apósito transparente.
- Regular el goteo.
- Colocar una etiqueta con la fecha de instalación, calibre del catéter, nombre de la persona que lo instaló; así como nombre completo y fecha de nacimiento del derechohabiente o usuario, sin obstruir la visibilidad del sitio de inserción.
- Retirar el material y equipo.
- Dejar cómodo al paciente.
- Realizar las anotaciones correspondientes en la Hoja de Registros Clínicos Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Medidas de Control y Seguridad:

- Siempre que vaya a manipular un catéter será necesario llevar a cabo higiene de manos y uso de guantes.
- Valorar diariamente las condiciones del sitio de inserción del catéter, mediante palpación y visualización directa a través del apósito transparente.
- Los sitios a puncionar son de lo distal a lo proximal.
- Elaborar el membrete de la solución con datos completos y tira horaria.
- Mantener la cámara de infusión a 2/3 partes.
- Mantener el filtro cerrado.



- Poner en la carretilla del equipo los datos; fecha, hora y quien instaló.
- Evitar en los equipos el paso de aire, sangre y fibrina.
- Anotar en la hoja de enfermería la inserción, mantenimiento y retiro de catéter.
- No puncionar venas que estén en sitios de flexión.
- No puncionar venas previamente puncionadas.
- No colocar el catéter en áreas donde se localicen lesiones.
- No elegir sitios con fistulas arteriovenosas.
- Nunca elegir el brazo si hubo vaciamiento ganglionar axilar ni miembros con déficit motor a la sensibilidad.
- No utilizar venas con alteraciones en su integridad, esclerosadas, con flebitis o trombosis o sitios con alteraciones en la piel.
- Cuantificar los ingresos que ha recibido el derechohabiente o usuario por vía oral, gastroclisis y vía parenteral y registrarlos.

FÓRMULA PARA CALCULAR EL GOTEO DE SOLUCIONES PARENTERALES.

Goteo=	(Cantidad de solución / número de horas)
	Constante 3 (normogotero)

Ejemplo:

$$\text{Goteo} = \frac{1000 / 8}{3} = \frac{125}{3} = 41.6 \text{ gts x min.}$$



4.15 Baño del Derechohabiente o Usuario

Concepto:

Es el procedimiento fundamental del aseo personal del derechohabiente o usuario sin importar su edad y condición de salud, por medio del cual se realiza la limpieza de todo el cuerpo humano,

Objetivos:

- Dar comodidad y seguridad al derechohabiente o usuario.
- Estimular la circulación de todo el cuerpo.

4.15.1 Baño de Regadera

Concepto:

Es la limpieza general del cuerpo con jabón y agua templada con el derechohabiente o usuario bajo la regadera.

Objetivo:

Favorecer la limpieza de la piel permitiendo sus funciones protectoras con la eliminación de las células muertas, secreciones y sudor, así como reanimar el estado emotivo del derechohabiente o usuario.

Principios:

- Las medidas higiénicas contribuyen a la comodidad y descanso.
- Una exposición prolongada al frío causa vasoconstricción periférica importante.

Equipo y Material:

- Jabonera y jabón



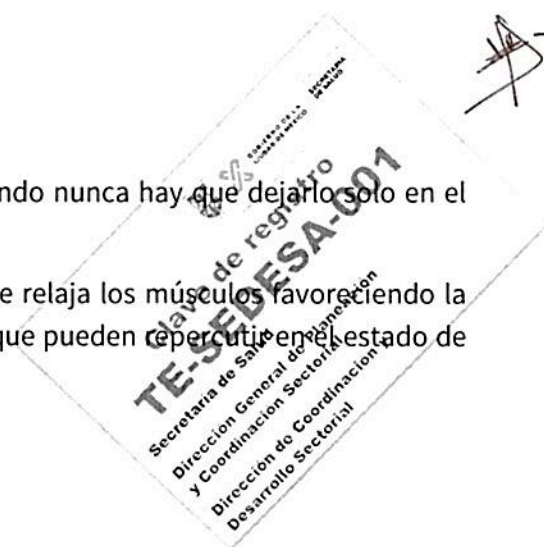
- Toalla
- Silla apilable
- Camisón o pijama.
- Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Técnica:

- Explicar el procedimiento al derechohabiente o usuario y trasladarlo en silla de ruedas con apoyo del camillero, envuelto en sábana limpia al cuarto de baño.
- Llevar el material al cuarto de baño, colocar la silla apilable bajo la regadera.
- Regular el flujo y temperatura del agua al agrado del derechohabiente o usuario.
- Ayudar al derechohabiente o usuario a desvestirse y sentarse en la silla, en caso de que se requiera.
- Permanecer cerca del baño para prestar ayuda al derechohabiente o usuario en caso necesario.
- Enjabonar de modo céfalo-caudal, enjuagar y secar el cuerpo y teniendo cuidado con la limpieza de pliegues naturales en caso de requerir ayuda.
- Ayudar al derechohabiente o usuario al terminar de bañarse, a vestirse y lubricar la piel, trasladarlo a su unidad.
- Retirar el equipo y dejar limpio y en orden el cuarto de baño.
- Realizar las anotaciones correspondientes en la Hoja de Registros Clínicos Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Medidas de Control y Seguridad:

- Cuando un derechohabiente o usuario se está recuperando nunca hay que dejarlo solo en el cuarto de baño.
- Verificar la temperatura del agua ya que el agua caliente relaja los músculos favoreciendo la lipotimia y puede sufrir traumatismo o complicaciones que pueden repercutir en el estado de salud.



4.15.2 Baño de Esponja

Concepto:

Es la limpieza general que se le realiza al derechohabiente o usuario en su cama, cuando no puede o no le está permitido bañarse en regadera.

Objetivos:

- Promover la higiene y comodidad del derechohabiente o usuario, eliminando sudor acumulado, secreciones, microorganismos y desechos.
- Favorecer la función circulatoria por medio de la movilización y el masaje.
- Evaluar durante el baño el estado de la piel y estado físico del paciente.

Principios:

- La estimulación mecánica favorece la circulación sanguínea.
- Los cambios de posición durante el baño evitan la congestión pulmonar al estimular la expulsión de secreciones.
- La humedad y secreciones en contacto con la piel por un periodo prolongado puede causar irritación y predisposición a la proliferación bacteriana.
- La higiene mejora la autoestima y autoimagen por medio de la mejoría en el aspecto y sensaciones.

Equipo y Material:

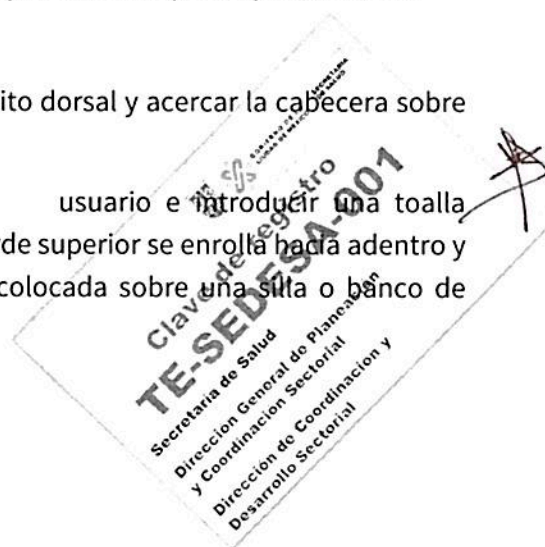
- Recipiente con agua templada de acuerdo al gusto del derechohabiente o usuario.
- Lavamanos y/o lebrillo.
- Recipiente para agua sucia.
- Jabonera y jabón.



- Dos toallas grandes.
- Dos toallas faciales y/o compresas grandes.
- Torundas de algodón.
- Camisón y/o pijama.
- Gasas estériles
- Ropa de cama.
- Gotas oftálmicas lubricantes.
- Pañuelos faciales.
- Tánico para ropa sucia.
- Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Técnica:

- Lavarse las manos antes y después del procedimiento.
- Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Limpiar el buro y retirar los utensilios personales para colocar material para el baño.
- Cerrar puertas, ventanas y colocar biombo.
- Explicar el procedimiento al derechohabiente o usuario y ofrecer cómodo y/o orinal.
- Aflojar ropa de cama, iniciar por la cabecera del lado contrario al que se encuentra el buró y retirar la ropa que cubre al derechohabiente o usuario, dejar sábana superior para cubrirlo.
- Colocar ropa sucia en tánico.
- Colocar al derechohabiente o usuario en posición decúbito dorsal y acercar la cabecera sobre el borde proximal superior de la cama.
- Colocar una toalla sobre el tórax del derechohabiente o usuario e introducir una toalla y/o sábana ahulada por debajo de los hombros, cuyo borde superior se enrolla hacia adentro y el borde inferior, se introduce en la cubeta, que está colocada sobre una silla o banco de altura.



- Indicar al derechohabiente o usuario que coloque su cabeza sobre el lebrillo para evitar escurrimientos.
- Proteger los conductos auditivos externos con torundas.
- Verter agua sobre el cabello aplicando jabón o shampoo, friccionando con las yemas de los dedos la piel cabelluda y cabello, enjuagando con abundante agua, cuantas veces sea necesario, dejando que el agua escurra por gravedad.
- Retirar las torundas y envolver el cabello con una toalla, elevar la cabeza del derechohabiente o usuario y retirar la toalla o sábana colocándolo en la cubeta donde escurrió el agua.
- Afeitar la cara si es necesario.

Aseo ocular:

- Colocar sábana sobre el tórax y con gasas húmedas, iniciar aseo colocando la cabeza del derechohabiente o usuario en forma lateral y a 30° de inclinación. iniciar el aseo del ángulo interno del ojo hacia el externo, secando con gasa estéril, realizar la misma acción en el otro ojo, aplicar gotas lubricantes al final del procedimiento.

Aseo nasal:

- Elevar la cabeza a 30° de inclinación, con ayuda del pañuelo facial limpiar con movimientos rotatorios las narinas y secar suavemente.

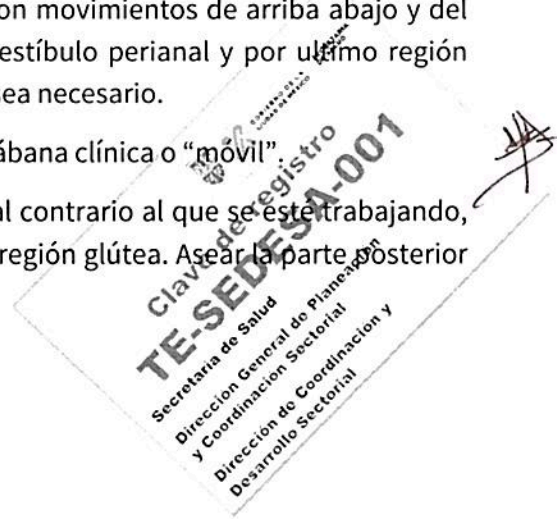
Aseo ótico:

- Inclinar la cabeza del derechohabiente o usuario a 30° y con gasas húmedas, realizar aseo de manera gentil y giratoria de adentro hacia afuera del oído, haciendo énfasis en pliegues de pabellón auricular.
- Lavar y enjuagar la cara con un paño húmedo, iniciar por la frente, nariz, mejillas, mentón, cuello y pabellón auricular, primeramente del oído distal y luego del proximal.

Aseo corporal:

- Colocar la toalla debajo del brazo distal, lavar, enjuagar y secar con movimientos rotatorios la extremidad superior distal, iniciar con la mano hasta terminar en la axila.
- Realizar el aseo de manos en el lavamanos o lebrillo, enjuagar al chorro de agua.
- Limpiar los espacios subungueales y cortar las uñas si es necesario.
- Lavar, enjuagar y secar la parte anterior del tórax y abdomen.

- Cubrir con una toalla y asear con torunda de algodón húmeda la cicatriz umbilical.
- Colocar camión limpio sobre el tórax y abdomen.
- Lavar el brazo proximal en igual forma que en el distal y terminar de colocar el camión sin atarlo por detrás.
- Lubricar y desodorizar la región aseada.
- Colocar la toalla por debajo de las extremidades inferiores para asearlas, inicie por la distal.
- Solicitar al derechohabiente o usuario que flexione la rodilla para lavar, enjuagar y secar muslos y piernas.
- Colocar lavamanos con agua por debajo de las extremidades inferiores.
- Introducir los pies del derechohabiente o usuario para su aseo.
- Sostener el pie del talón y enjuagar al chorro de agua, secar y cubrir con toalla simultáneamente al retiro del lavamanos o lebrillo.
- Secar los pies haciendo ligera presión.
- Secar los espacios interdigitales y cortar las uñas si es necesario.
- Dar masaje en los pies siguiendo el sentido de la circulación venosa.
- Si las condiciones del derechohabiente o usuario lo permiten, proporcionar a varones apósito para que éste realice aseo de genitales; en caso de mujeres dar posición ginecológica y colocar cómodo para que ella efectué aseo, cubriéndole con sábana clínica. Una vez efectuada esta maniobra se lava las manos.
- Colocar gasa o apósito en pliegues inguinales en derechohabiente o usuarios femeninas inconscientes o incapacitadas, cambiarse guantes y realizar limpieza de vulva con pinza, torunda, jabón líquido y agua a temperatura corporal con movimientos de arriba abajo y del centro a la periferia. Continuar con labios menores y vestíbulo perianal y por último región anal con movimientos circulares enjuaga cuantas veces sea necesario.
- Secar genitales en el mismo orden que se aseó y retirar sábana clínica o "móvil".
- Colocar al derechohabiente o usuario en decúbito lateral contrario al que se esté trabajando, colocar una toalla sobre la cama al nivel de la espalda y región glútea. Asear la parte posterior de cuello, espalda y región glútea.



- Secar perfectamente la piel y dar masaje con lubricante neutro; partir del centro de la columna vertebral a hombros y de la región coccígea hacia los glúteos.
- Sujetar el camisón o colocar saco de pijama.
- Colocar apósito, pantaleta o pantalón de pijama, según el caso y dejar cómodo al derechohabiente o usuario.
- Proceder al tendido de cama con derechohabiente o usuario.
- Peinar y terminar su arreglo personal en el caso de que el derechohabiente o usuario no pueda hacerlo.
- Retirar el equipo mantener limpio y en orden.
- Realizar las anotaciones correspondientes en la Hoja de Registros Clínicos Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Medidas de Control y Seguridad:

- Evitar corrientes de aire que pueden ocasionar alteraciones respiratorias.
- Mantener en orden las cosas para evitar tiempos perdidos, gasto de energía y enfriamiento al derechohabiente o usuario, ya que la exposición prolongada al frío produce vasoconstricción periférica importante.
- Evitar sacudir la ropa sucia ya que se esparcen microorganismos patógenos por el aire.
- Secar perfectamente la piel principalmente en pliegues para prevenir grietas en la piel

4.15.3 Baño Emoliente

Concepto:

Es la inmersión del cuerpo en la tina ordinaria de baño una temperatura de 35 a 37.5°C con alguna sustancia como harina de avena, almidón de maíz, bicarbonato de sodio o algún otro medicamento.

Objetivos:



- Proteger la piel de lesiones cutáneas, con la eliminación de costras cutáneas y aliviando el prurito.
- Facilitar la relajación y comodidad

Principios:

- El frotamiento causa irritación y aumento de calor, lo cual incrementa el prurito.
- El dolor tiene una función protectora que advierte la presencia de daño a los tejidos.
- La capacidad de percibir el dolor depende de la integridad de las estructuras nerviosas que reciben, transmiten e interpretan los impulsos de dolor.

Equipo y Material:

- Tina de baño.
- Bata o pijama
- Recipientes con agua caliente a temperatura indicada.
- Termómetro de baño.
- Esponja de baño o paño suave.
- Medicamento prescrito.
- Toalla.
- Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Técnica:

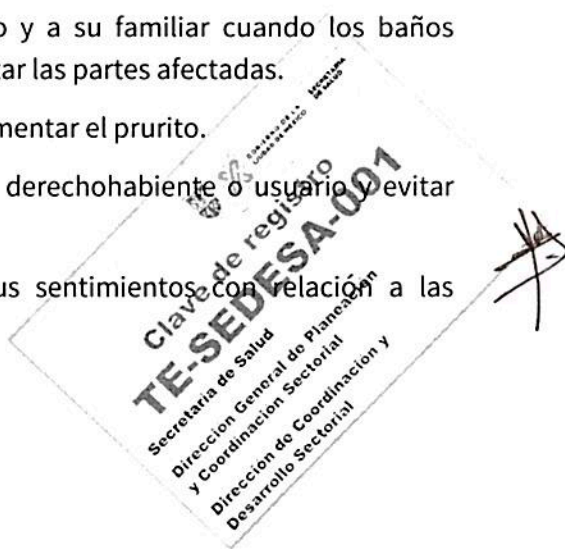
- Lavarse las manos antes y después del procedimiento.
- Preparar el material y equipo y llevarlo al baño
- Explicar al del derechohabiente o usuario la importancia del aseo correspondiente
- Llenar la tina hasta la altura requerida.
- Verificar la temperatura del agua, debe estar entre 35 y 37.7 °C.



- Aplicar la solución emoliente en la tina de baño
- Ayudar a entrar al derechohabiente o usuario a la tina de baño
- Usar la esponja de baño con movimientos suaves en las zonas de piel no sumergidas.
- Dejar por espacio de 20 a 30 minutos, de tal manera que la piel quede cubierta, pero se evite el enfriamiento.
- Verificar constantemente la temperatura del agua.
- Ayudar al derechohabiente o usuario a salir de la tina al terminar el tiempo indicado.
- Secar, lubricar la piel y aplicar medicamento, si está indicado.
- Ayudar al del derechohabiente o usuario a regresar a su cama y dejarlo en posición libremente escogida.
- Retirar el equipo y dejarlo limpio y en orden.
- Realizar las anotaciones correspondientes en la Hoja de Registros Clínicos Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Medidas de Control y Seguridad:

- Verificar constantemente la temperatura del agua, ya que las fluctuaciones de temperatura causan alteraciones cardiovasculares.
- Orientar al derechohabiente o usuario a no rascarse las zonas afectadas.
- Instruir al derechohabiente o usuario para que evite temperaturas extremas y el uso de ropa apretada.
- Explicar el procedimiento al derechohabiente o usuario y a su familiar cuando los baños emolientes van a continuar en casa. Evitar calosfríos y frotar las partes afectadas.
- No aumentar la temperatura del agua ya que puede incrementar el prurito.
- Demostrar aceptación por las condiciones cutáneas del derechohabiente o usuario. Evitar mirar fijamente las lesiones.
- Permitir al del derechohabiente o usuario expresar sus sentimientos con relación a las lesiones.



- Revisar el aspecto de la zona afectada.

4.16 Asistencia en el Lavado de Manos al Derechohabiente o Usuario

Concepto:

Son las maniobras que se realizan para eliminar microorganismos de la piel por medios mecánicos en el derechohabiente o usuario.

Objetivos:

- Prevenir o reducir la incidencia de infección cruzada, eliminando al máximo el número de microbios patógenos que existen en la piel.
- Conservar la textura e integridad apropiadas de la piel de las manos, contra lesiones producidas por sequedad, humedad excesiva, calor, frío, sustancias químicas y traumatismo.

Principio:

La piel y mucosas son las primeras líneas de defensa contra agentes patógenos.

Equipo y Material:

- Lavamanos.
- Recipiente con agua tibia.
- Jabón líquido.
- Toalla.
- Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Técnica:

- Movilizar al derechohabiente o usuario en posición de decúbito lateral.



- Extender la toalla sobre la cama y a un lado del derechohabiente o usuario, colocar sobre ella el lavamanos y el jabón.
- Ofrecer agua y jabón al derechohabiente o usuario dentro del lavamanos.
- Indicar que se lave frotando las manos de acuerdo a la técnica de lavado de manos y enjuagar.
- Retirar el lavamanos y el jabón y con la toalla secar las manos.
- Acomodar al derechohabiente o usuario en la posición libremente escogida.
- Lubricar la piel.
- Retirar el equipo y dejarlo limpio y en orden.
- Realizar las anotaciones correspondientes en la Hoja de Registros Clínicos Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Medidas de Control y Seguridad:

- Verificar la temperatura del agua para evitar quemaduras.

4.17 Asistencia del Aseo Bucal al Derechohabiente o Usuario

Concepto:

Es el proceso de lavar y refrescar la boca, los dientes y las encías.

Objetivo:

Promover sensación de limpieza y bienestar físico y estimular la circulación en el tejido gingival removiendo detritus y placa dentó bacteriana.

Principios:

- La flora bucal tiene efecto benéfico al participar en la nutrición a través de síntesis vitamínica y digestión de ciertas sustancias nutritivas, además de ofrecer inmunidad frente a diversos agentes infecciosos.



- La caries es una enfermedad infecciosa causada por invasión de microorganismos patógenos y la adherencia de placa dento bacteriana en la superficie dental, produciendo una acción descalcificante con la consecuente destrucción y formación de cavidades.

Equipo y Material:

- Cepillo dental.
- Dentífrico.
- Vaso con agua
- Toalla.
- Riñón
- Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

4.17.1 Asistencia de Aseo Bucal en Paciente Encamado Despierto

Técnica:

- Lavarse las manos antes y después del procedimiento.
- Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad derechohabiente o usuario.
- Explicar al del derechohabiente o usuario los efectos de la flora bucal y la importancia del aseo correspondiente.
- Colocar al del derechohabiente o usuario en posición Fowler o Semifowler.
- Colocar toalla debajo de la barba y sobre los hombros.
- Proporcionar agua para que se enjuague la boca.
- Ofrecer cepillo con dentífrico para que el usuario o derechohabiente inicie el cepillado de la cavidad oral según forma y distribución de dientes.
- Ofrecer agua al derechohabiente o usuario para que se enjuague la boca las veces que sea necesario.



- Proporcionar toalla para secarse los labios.
- Retirar el equipo y dejarlo limpio y en orden.
- Realizar las anotaciones correspondientes en la Hoja de Registros Clínicos Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

4.17.2 Asistencia de Aseo Bucal en Paciente Inconsciente

Equipo y Material:

- Cubrebocas.
- Goggles
- Bicarbonato de Sodio.
- Vaso con agua
- Toalla.
- Abatelenguas
- Gasa simple
- Jeringa
- Riñón
- Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Técnica:

- Lavarse las manos antes y después del procedimiento.
- Colocarse goggles y cubrebocas
- Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad derechohabiente o usuario.
- Girar la cabeza del derechohabiente o usuario totalmente hacia un lado. Colocar la toalla protectora bajo la barba.



- Limpiar los dientes del enfermo en forma delicada. Utilice un abatelenguas acojinado con gasa para separar los dientes superiores de los inferiores.
- Irrigar cuidadosamente la boca con un poco de agua bicarbonatado por medio de una jeringa. Aspire todo el líquido de irrigación inmediatamente después de aplicarlo para evitar que sea aspirado.
- Limpiar los labios.
- Dejar cómodo al derechohabiente o usuarios.
- Retirar el equipo y dar los cuidados posteriores a su uso.
- Realizar observaciones en Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Medidas de Control y Seguridad:

- La atención bucal en derechohabiente o usuarios inconscientes, exige de rotación de cabeza, uso de abatelenguas para separar las mejillas y labios, equipo de aspiración si es necesario y de pequeñas cantidades de agua bicarbonatada.
- Se debe efectuar higiene bucal completa cuando menos dos veces por día.
- De ser necesario utilizar enjuague bucal o soluciones antisépticas indicadas.
- Modificaciones Especiales: Los pacientes sometidos a quimioterapia a menudo utilizan enjuagues salinos para la higiene bucal en vez de cepillarse los dientes. Se disuelve ½ cucharadita de sal en una taza de agua tibia de la llave (o agua estéril si el enfermo presenta ulceraciones en la boca). Permita que la persona se enjuague el interior de la boca con agua salada.

4.18 Asistencia de Aseo Vulvar de la Derechohabiente o Usuaría.

Concepto:

Son las maniobras de limpieza que se efectúan en los genitales femeninos.



Objetivo:

Lograr bienestar y comodidad a la derechohabiente o usuaria evitando malos olores.

Principios:

- La humedad favorece la proliferación de microorganismos.
- El revestimiento epitelial de la vagina está lubricado por moco y se acidifica mediante la fermentación de la flora vaginal normal.

Material y Equipo:

- Recipiente con agua tibia.
- Cómodo.
- Sábana.
- Pañal desechable.
- Gasas, apósitos.
- Jabón líquido.
- Guantes desechables.
- Biombo.
- Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Técnica:

- Lavarse las manos antes y después del procedimiento.
- Preparar el material y equipo y llevarlo a la unidad de la derechohabiente o usuaria.
- Explicar la importancia del aseo correspondiente.
- Proteger la individualidad de la derechohabiente o usuaria.
- Colocar en posición ginecológica a la derechohabiente o usuaria colocar pañal desechable y cubrir con sábana.



- Colocar cómodo debajo de la pelvis de la derechohabiente o usuaria para evitar humedecer ropa de cama.
- Calzarse guantes, colocar gasa o apósito en pliegues inguinales y realizar limpieza de vulva con gasas, jabón líquido y agua a temperatura corporal con movimientos de arriba abajo y del centro a la periferia.
- Continuar con labios menores y vestíbulo perianal y por último, la región anal con movimientos circulares, enjuague cuantas veces sea necesario.
- Secar genitales en el mismo orden que se aseó y retira sábana clínica.
- Colocar a la derechohabiente o usuaria en decúbito lateral contrario al que se esté trabajando, retirar cómodo y pañal desechable.
- Si es necesario efectuar cambio de ropa de cama.
- Dejar a la derechohabiente o usuaria en posición libremente escogida.
- Retirar el equipo y dejarlo limpio y en orden.
- Realizar las anotaciones correspondientes en la Hoja de Registros Clínicos Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Medidas de Control y Seguridad:

- Verificar la temperatura del agua para evitar sensaciones desagradables y/o quemaduras.
- Secar perfectamente la piel principalmente en pliegues para prevenir grietas en la piel.

4.19 Instalación de Sonda Nasogástrica

Concepto:

Es la introducción de una sonda a través de la boca al estómago.

Objetivos:

- Vaciar o descomprimir, eliminando gas o contenido gástrico.
- Lavar el estómago después de ingestión de sustancias tóxicas.



- Aplicar medicamentos específicos.
- Ministrar la alimentación a través de la sonda cuando el derechohabiente o usuario no puede hacerlo por encontrarse bajo sedación o inconsciente.

Principio:

La rectitud del tracto digestivo facilita la deglución y por lo tanto el paso de la sonda.

Material y Equipo:

- Sonda Levin de calibre adecuado.
- Jeringa Asepto.
- Lubricante hidrosoluble.
- Gasas.
- Tela adhesiva.
- Agua estéril.
- Bolsa recolectora.
- Guantes.
- Cubrebocas.
- Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Técnica:

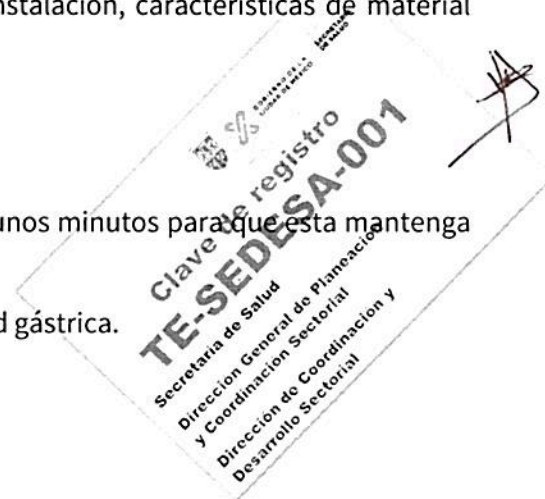
- Lavarse las manos antes y después del procedimiento.
- Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Explicar al derechohabiente o usuario el procedimiento.
- Brindar posición Fowler al derechohabiente o usuario.
- Colocarse cubrebocas y calzarse guantes.



- Sacar la sonda y medir entre la punta de la nariz y el lóbulo de la oreja, más la distancia desde el lóbulo de la oreja al apéndice xifoides y marcar la sonda.
- Elegir la fosa nasal que presente mayor permeabilidad, teniendo en cuenta que en ocasiones será necesario introducir la sonda por la boca.
- Curvar el extremo de la sonda y lubricarla, auxiliándose con una gasa insertar la sonda, con la cabeza ligeramente extendida hacia atrás.
- Una a vez que la sonda haya pasado la parte posterior de la nasofaringe, zona en la que se puede encontrar ligeras resistencia, hacer pausa para pedir al derechohabiente o usuario que haga la cabeza hacia delante y seguir introduciendo la sonda hasta el estómago tomando como referencia la marca previa.
- Aspirar ligeramente con la jeringa asepto para comprobar con el residuo gástrico que la sonda se encuentre en el estómago.
- Fijar la sonda a la nariz con un pantalón de tela adhesiva.
- Fijar la sonda en su extremo distal a la parte extrema del brazo de lado correspondiente a la sonda por donde fue introducida.
- Dejar la sonda cerrada o a gravedad de acuerdo a indicaciones médicas.
- Colocar membrete con nombre completo y fecha de nacimiento del derechohabiente o usuario, número de calibre de la sonda instalada, fecha y hora de instalación y nombre de la persona que colocó la sonda.
- Dejar cómodo y limpio al derechohabiente o usuario.
- Retirar el material y proporcionar los cuidados posteriores.
- Realizar las anotaciones correspondientes en la Hoja de Registros Clínicos Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería, hora de instalación, características de material aspirado, tipo de sonda y calibre utilizado.

Medidas de Control y Seguridad:

- Antes de colocar la sonda, mantenerla en refrigeración unos minutos para que esta mantenga su rigidez y se facilite la introducción orogástrica.
- Comprobar frecuentemente que la sonda esté en cavidad gástrica.



- Verificar periódicamente la permeabilidad de la sonda.
- La sonda orogástrica es recomendable ya que la nasogástrica puede ocasionar sinusitis.

4.20 Colocación del Cómodo

Concepto:

Son las maniobras que se realizan para ayudar al derechohabiente o usuario encamado para que efectúe sus funciones de eliminación intestinal y/o vesical en el caso de una derechohabiente o usuaria femenina.

Objetivo:

Facilitar y verificar la función de eliminación, así como cuantificar el volumen e identificar las características de las excretas del derechohabiente o usuario.

Principio:

El metabolismo de los alimentos y del agua produce residuos que el organismo desecha mediante la eliminación intestinal a través del recto y del ano por medio de excremento formado por una masa sólida.

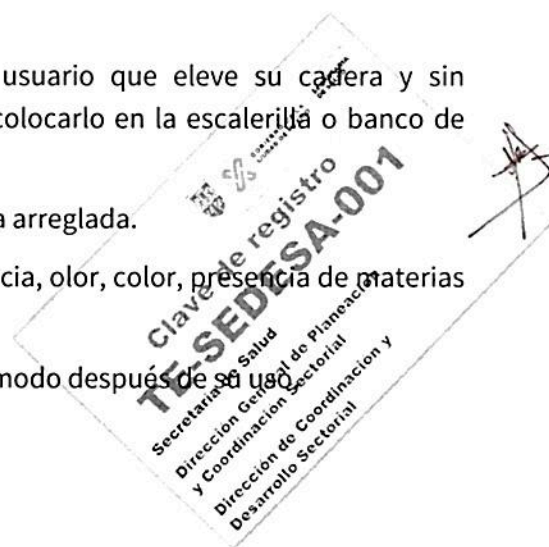
Material y Equipo:

- Cómodo con cubierta a elección.
- Rollo de papel sanitario.
- Toallas desechables.
- Guantes desechables.
- Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería



Técnica:

- Lavarse las manos antes y después del procedimiento.
- Preparar el equipo y acercarlo al derechohabiente o usuario.
- Colocarse los guantes desechables.
- Explicar al derechohabiente o usuario el uso del cómodo y brindarle privacidad.
- Cubrir el cómodo con una toalla de papel desechable en la parte que queda en contacto con el derechohabiente o usuario.
- Elevar la cabecera de la cama si está permitido, o si así lo desea el derechohabiente o usuario.
- Sin descubrir en exceso al derechohabiente o usuario, subir el camisón o bajar los pantalones de la pijama.
- Colocar el cómodo sobre el borde del colchón.
- Pedir al derechohabiente o usuario que eleve su cadera, flexionando las rodillas, empujándose con los pies y apoyándose sobre los codos.
- Deslizar el cómodo debajo de los glúteos del derechohabiente o usuario, procurando quede en buena posición verificando la correcta instalación del cómodo para evitar que se humedezcan o ensucien la ropa de cama.
- Cubrirlo con la ropa de cama.
- Proporcionar el papel sanitario; en caso de ser posible dejarlo solo.
- Solicitar al derechohabiente o usuario que de aviso cuando haya terminado.
- Ofrecer papel sanitario o limpiar el área perianal si el derechohabiente o usuario no puede hacerlo.
- Para retirar el cómodo, pedir al derechohabiente o usuario que eleve su cadera y sin descubrirlo, deslizar el cómodo hacia fuera, cubrirlo y colocarlo en la escalerilla o banco de altura.
- Dar comodidad al derechohabiente o usuario con la cama arreglada.
- Observar en orina y materias fecales: cantidad, consistencia, olor, color, presencia de materias extrañas, pus, sangre, moco o parásitos.
- Retirar el equipo e indicar los cuidados posteriores al cómodo después de su uso.



- Al terminar este procedimiento, lavar las manos al derechohabiente o usuario y las propias.
- Realizar las anotaciones correspondientes en la Hoja de Registros Clínicos Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Medidas de Control y Seguridad:

- Si es necesario, este procedimiento lo efectuarán dos personas.
- Observar si hay áreas enrojecidas y manejarlas como en la prevención para úlceras por decúbito.
- Evitar colocar el cómodo sobre el buró, o mesa-puente de la unidad del derechohabiente o usuario.
- Verificar la correcta instalación del cómodo para evitar que se humedezcan o ensucien la ropa de cama.

4.21 Colocación del Orinal

Concepto:

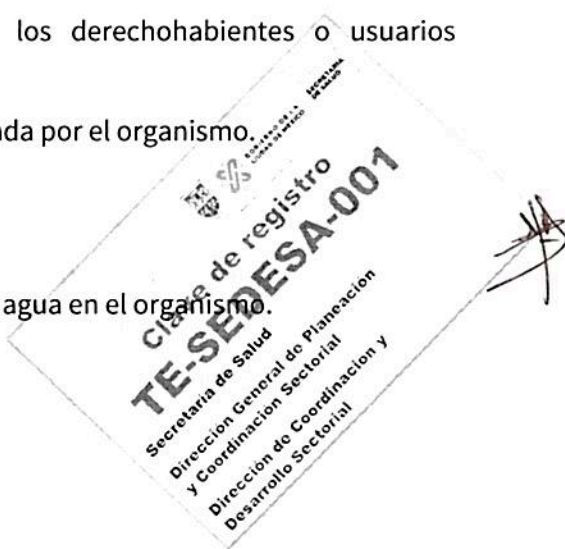
Son las maniobras que se realizan para ayudar al derechohabiente o usuario masculino, encamado a que efectúe sus funciones de eliminación vesical.

Objetivos:

- Facilitar la necesidad de la eliminación urinaria en los derechohabientes o usuarios encamados.
- Cuantificar el volumen y características de la orina excretada por el organismo.

Principios:

- Los riñones producen orina al filtrar desechos y exceso de agua en el organismo.



- El metabolismo de las sustancias nutritivas y del agua producen residuos que el organismo necesita eliminar.
- Después de la producción de orina por los riñones, esta recorre los uréteres hasta la vejiga urinaria donde se almacena y después es expulsada al exterior del cuerpo a través de la uretra, mediante la micción.

Material y Equipo:

- Orinal.
- Papel sanitario.
- Guantes desechables.
- Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Técnica:

- Lavarse las manos.
- Colocarse los guantes desechables.
- Llevar el orinal al derechohabiente o usuario.
- Explicar al derechohabiente o usuario y al familiar el uso del orinal.
- Respetar la individualidad del derechohabiente o usuario y proporcione privacidad.
- Proporcionar el orinal al derechohabiente o usuario sin descubrir o asistirlo en caso de imposibilidad para sostenerse por él mismo; separar un poco las piernas y colocar el orinal, verificando que esté bien apoyado sobre la cama.
- Proporcionar el papel sanitario; de ser posible dejarlo solo.
- Recibir o retirar el orinal.
- Observar cantidad, olor, color, aspecto y presencia de materias extrañas.
- Retirar el equipo e indicar dar los cuidados posteriores al orinal después de su uso.
- Lavar las manos al derechohabiente o usuario y las propias.



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

Medidas de Control y Seguridad:

- Verificar la correcta instalación del orinal para evitar que se humedezca la ropa de cama.
- Dejar cómodo y limpio al derechohabiente o usuario al término del procedimiento.

4.22 Cateterismo Vesical

Concepto:

Es la introducción de un catéter en la vejiga del derechohabiente o usuario a través del meato urinario para drenar la orina.

Objetivos:

- Satisfacer la necesidad de eliminación urinaria del derechohabiente o usuario.
- Extraer la orina de la vejiga con fines terapéuticos o de diagnóstico.

Principios:

- Las vías urinarias se extienden desde la uretra hasta el riñón, por lo que las bacterias pueden introducirse fácilmente a la vejiga a través de la uretra en forma ascendente.
- Una distensión continua de la pared vesical causa pérdida del tono muscular de la vejiga.

Equipo y Material:

- Carro de curaciones
- 1 bata estéril
- 1 gorro



- 1 cubrebocas
- 1 campo sencillo
- 1 campo hendido
- 1 pinza Kelly
- 2 vasos de 25 ml
- Protector de cama
- Material para fijación
- 15 ml de antiséptico
- Gasas estériles
- 3 ml de gel lubricante estéril
- 1 ampolleta de agua estéril de 10 ml
- 2 pares de guantes estériles
- 1 par de guantes no estériles.
- 1 sistema de sondaje vesical cerrado con sonda vesical del calibre requerido
- 1 jeringa estéril de 10 cm
- Cómodo.
- Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

4.22.1 Colocación de Sonda Vesical en la Mujer

Técnica:

- Revisar indicaciones médicas.
- Lavarse las manos.
- Reunir, verificar fecha de caducidad y sellos de garantía de esterilidad del material y trasladarlo a la unidad de la derechohabiente o usuaria.





- Identificar a la derechohabiente o usuaria.
- Saludar, presentarse y explicar el procedimiento a la derechohabiente o usuaria.
- Proteger la individualidad y privacidad de la derechohabiente o usuaria.
- Colocar protector de cama.
- Calzar en ambas manos guantes no estériles
- Asear genitales con agua y jabón.
- Retirar los guantes desechables.
- Realizar higiene de manos, para continuar con técnica.
- Colocar gorro y cubrebocas.
- Abrir envoltura primaria del equipo y material de consumo.
- Abrir envolturas primarias del material de consumo.
- Verter solución antiséptica en recipiente estéril.
- Colocar a la derechohabiente o usuaria en posición ginecológica con los talones juntos y las rodillas separadas (caderas en abducción y rotación externa).
- Realizar higiene de manos con agua y jabón.
- Colocar bata estéril.
- Colocar primer par de guantes estériles.
- Cargar una jeringa con agua estéril y verificar la integridad del globo y posteriormente retirar el agua.

En caso de no contar con el circuito cerrado prefabricado...

- Conectar una sonda vesical en uno de sus viales a la bolsa recolectora con válvula para toma de muestra.
- Verificar que quede sellado para no permitir su contaminación

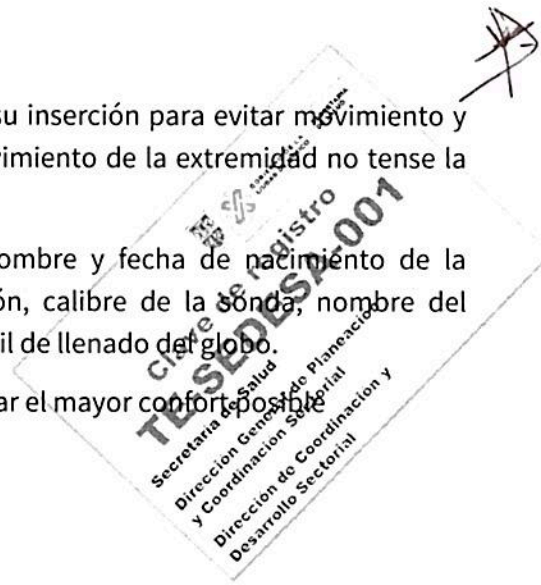
Posteriormente:



- Realizar asepsia utilizando solución antiséptica: tomar la pinza con una gasa montada impregnada con solución antiséptica separar los labios mayores para hacer una asepsia completa de la vulva con movimientos únicos de la parte superior y hacia abajo hasta llegar al periné, utilizando una gasa para cada movimiento (3 tiempos)
- Esperar el tiempo recomendado para dejar actuar el antiséptico.
- Retirar el primer par de guantes y calzar el segundo.

Inserción de la sonda

- Colocar el campo hendido dejando únicamente expuesta la vulva.
- Tomar la sonda vesical enrollar en la mano dominante aproximadamente 10 cm, dejando la punta de 2 cm y aplicarle lubricante estéril en dosis unitaria.
- Separar los labios menores con la mano contraria a la que tiene la sonda con una gasa, usando los dedos índice y pulgar, localizar el meato urinario e introducir la sonda vesical suavemente.
- Introducir la sonda suavemente por la uretra hasta la vejiga, de 4-7 cm o hasta que empiece a fluir la orina.
- Tomar muestra de orina para evaluar la posibilidad de infección mediante urocultivo o EGO, Pinzar el tubo 15 cm abajo del puerto, conectar una jeringa, extraer la muestra y depositarla en un frasco estéril.
- Llenar el globo lentamente con agua estéril de acuerdo a la capacidad del mismo
- Una vez inflado el globo hacer una ligera tracción hasta mostrar resistencia con el propósito de comprobar que el globo esta bien inflado
- Retirar guantes y desecharlos.
- Fijar la sonda en la cara interna del muslo después de su inserción para evitar movimiento y tracción uretral, comprobando que la amplitud del movimiento de la extremidad no tense la sonda (evita riesgos tisular y salida accidental)
- Colocar una etiqueta para identificar el dispositivo nombre y fecha de nacimiento de la derechohabiente o usuaria, fecha y hora de instalación, calibre de la sonda, nombre del profesional de salud que instaló y cantidad de agua estéril de llenado del globo.
- Acomodar y ordenar la unidad del paciente y proporcionar el mayor confort posible



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

4.22.2 Colocación de Sonda Vesical en el Hombre

Técnica:

- Revisar indicaciones médicas.
- Lavarse las manos antes y después del procedimiento
- Reunir, verificar fecha de caducidad y sellos de garantía de esterilidad del material y trasladarlo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Identificar al paciente.
- Saludar, presentarse y explicar el procedimiento al usuario o derechohabiente.
- Proteger la individualidad y privacidad de la derechohabiente o usuario.
- Colocar protector de cama.
- Calzar en ambas manos guantes no estériles
- Asear genitales con agua y jabón.
- Retirar los guantes desechables
- Realizar higiene de manos, para continuar con técnica.
- Colocar gorro y cubrebocas
- Abrir envoltura primaria del equipo y material de consumo.
- Abrir envolturas primarias del material de consumo.
- Verter solución antiséptica en recipiente estéril.
- Realizar higiene de manos con agua y jabón.
- Colocar bata estéril.
- Colocar primer par de guantes estériles.



- Cargar una jeringa con agua estéril y verificar la integridad del globo y posteriormente retirar el agua.

En caso de no contar con el circuito cerrado prefabricado...

- Conectar una sonda vesical en uno de sus viales a la bolsa recolectora con válvula para toma de muestra.
- Verificar que quede sellado para no permitir su contaminación

Posteriormente:

- Realizar asepsia periuretral aplicando solución antiséptica: sujetar el pene del paciente en posición vertical tomar pinza con una gasa montada impregnada con solución antiséptica retraer el prepucio para hacer una asepsia completa con movimientos circulares, de la parte superior hacia abajo del cuerpo del pene utilizando una gasa en cada movimiento (3 tiempos)
- Esperar el tiempo recomendado para dejar actuar el antiséptico.
- Retirar el primer par de guantes y calzar el segundo.

Inserción de la sonda:

- Colocar el campo hendido dejando únicamente expuesto el pene.
- Tomar la sonda vesical enrollar en la mano dominante aproximadamente 10 cm, dejando la punta de 2 cm y aplicarle lubricante estéril en dosis unitaria.
- Levantar el pene en Angulo de 60°-90° y con la no que lo sostiene retraer el prepucio para visualizar el meato urinario perpendicular al cuerpo para enderezar la uretra penial para prevenir una vía falsa
- Introducir la sonda suavemente por la uretra hasta la vejiga, de 17-20 cm o hasta que empiece a fluir la orina
- Tomar muestra de orina para evaluar la posibilidad de infección mediante urocultivo o EGO, Pinzar el tubo 15 cm abajo del puerto, conectar una jeringa, extraer la muestra y depositarla en un frasco estéril.
- Llenar el globo lentamente con agua estéril de acuerdo a la capacidad del mismo

- Una vez inflado el globo hacer una ligera tracción hasta encontrar resistencia con el propósito de comprobar que el globo está bien inflado
- Volver a colocar el prepucio sobre el glande para evitar edema y prevenir parafimosis
- Retirar guantes y desecharlos
- Fijar la sonda en la cara interna del muslo después de su inserción para evitar movimiento y tracción uretral, comprobando que la amplitud del movimiento de la extremidad no tense la sonda (evita riesgos tisular y salida accidental)
- Colocar una etiqueta para identificar el dispositivo nombre completo y fecha de nacimiento de la derechohabiente o usuaria, fecha y hora de instalación, calibre de la sonda, nombre del profesional de salud que instaló y cantidad de agua estéril de llenado del globo.
- Acomodar y ordenar la unidad del paciente y proporcionar el mayor confort posible
- Realizar las anotaciones correspondientes en la Hoja de Registros Clínicos Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Medidas de Control y Seguridad:

- Utilizar técnica estéril y circuito cerrado en la instalación de catéter urinario.
- Determinar si es necesario la diuresis horaria con la colocación de un dispositivo para medir pequeñas cantidades de orina.
- Vaciar la bolsa como mínimo cada 8 horas.
- Avisar al médico de inmediato en caso de que se observe sedimento en la bolsa o en el tubo de drenaje.
- Vigilar constantemente y mantener el circuito de drenaje cerrado.
- Evitar torsión o doblez en el tubo de drenaje o la sonda.
- Mantener la bolsa colectora a un nivel inferior que la vejiga, para facilitar el flujo por gravedad y evitar el reflujo urinario.
- Observar la zona del meato para descubrir inflamación o acumulación de secreciones, éstas aumentan el riesgo de infección de las vías urinarias.



- Realizar aseo vulvar en cada turno para evitar infecciones ascendentes de las vías urinarias, debido a la relación que guarda la uretra con la vagina y el recto.

4.23 Enema Evacuante

Concepto:

Son las maniobras que se efectúan para introducir sustancias al colon a través del recto, con fines de diagnóstico y tratamiento.

Objetivo:

Efectuar la limpieza de la porción terminal del colon mediante la introducción rectal de sustancias a través del recto con fines de diagnóstico y tratamiento.

Principios:

- Las soluciones emolientes reblandecen las materias fecales y estimulan el peristaltismo.
- En el colon se efectúa la última etapa de transformación del residuo de la digestión, es por eso que algunos medicamentos pueden introducirse en él para tratamiento.

Material y Equipo:

Charola con:

- Equipo desechable de enema.
- Sonda de Nélaton del calibre apropiado al derechohabiente o usuario No. 28 a 30 para adultos y 14 a 16 para niños.
- Soluciones y sustancias medicamentosas indicadas lubricantes e hidrosolubles.
- Guantes.
- Gasas y tela adhesiva
- Papel sanitario.



- Cómodo con cubierta.
- Tripié o gancho portasueros.
- Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Técnica:

- Revisar indicaciones médicas.
- Lavarse las manos antes y después del procedimiento y cuantas veces sea necesario.
- Preparar y trasladar el equipo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Explicar al derechohabiente o usuario la razón del procedimiento.
- Aflojar la ropa de cama y bajar hacia los pies el cobertor y la colcha.
- Colocar al derechohabiente o usuario en posición de Sims preferentemente al lado derecho en la orilla de la cama y descubrir solamente la región glútea.
- Preparar el equipo desechable y colgarlo en el tripié a una altura de 50 cm máximo, obturar el tubo conector.
- Conectar la sonda al tubo conector, purgar y lubricar la sonda.
- Calzarse los guantes.
- Separar los glúteos con una mano para visualizar el orificio anal y con la otra introducir la sonda suavemente de 5 a 10 cm de acuerdo con la talla del derechohabiente o usuario.
- Quitar la pinza y permitir que la solución pase lentamente sin molestar al derechohabiente o usuario.
- Colocar la pinza obturadora y retirar la sonda, colocándola en el recipiente en forma de riñón.
- Colocar el cómodo cuando el derechohabiente o usuario lo solicite y proporcionarle papel sanitario para la limpieza del recto, asistirlo si es necesario.
- Retirar el cómodo y asistir al derechohabiente o usuario.
- Repetir las maniobras si es necesario para continuar pasando las soluciones o sustancias de acuerdo con la indicación médica.
- Retirar el equipo y dar los cuidados posteriores a su uso.



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

Medidas de Control y Seguridad:

- No forzar la introducción de la sonda, ya que se pueden provocar lesiones.
- Suspender el procedimiento en caso de dolor o distensión abdominal y avisar de inmediato al jefe o al médico del servicio.
- Evitar que se moje el derechohabiente o usuario y la ropa de cama.
- Evitar la entrada de aire al recto, pinzando oportunamente el tubo conector.

4.24 Sujeción del Derechohabiente o Usuario

Concepto:

Son medidas que utiliza el personal de enfermería para preservar la integridad de un derechohabiente o usuario inmovilizando total o parcialmente los planos del cuerpo, miembros superiores, cintura y miembros inferiores, previo llenado de formato de consentimiento informado de prevención de caídas a pacientes hospitalizados.

Objetivos:

- Realizar sujeción gentil al derechohabiente o usuario, previa autorización para fomentar su curación y coadyuvar en su seguridad.
- Colocar al derechohabiente o usuario en posición cómoda y apropiada evitándole daño.
- Brindar seguridad al derechohabiente o usuario, a su familia y al equipo de salud.



Principios:

- La presión excesiva o indebida sobre las superficies corporales, puede causar dolor e irritación de las fibras nerviosas sensitivas o bien alterar la circulación y en consecuencia la nutrición de las células en esta zona.
- El color de la piel varía con su vascularidad, por ejemplo, el color rojo escarlata indica aumento de flujo sanguíneo en los vasos dilatados; si la piel es de color rosado o pálido, señala que los vasos superficiales se encuentran en constricción.
- La continuidad de la piel puede romperse por medios físicos, químicos y mecánicos.

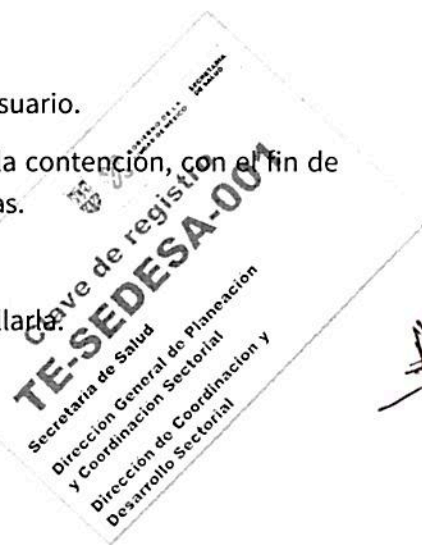
Material y Equipo:

- Sábanas tamaño estándar
- Vendas elásticas de 10 cm.
- Apósitos de 8 X 5 cm.
- Guata.
- Tela adhesiva de 5 cm. de ancho
- Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

4.24.1 Sujeción de la Cintura

Técnica:

- Lavarse las manos.
- Preparar material y trasladarlo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Revisar la piel en los planos del abdomen en los que se realizará la contención, con el fin de detectar la posible presencia de excoriaciones, hematomas y heridas.
- Acostar al derechohabiente o usuario en decúbito dorsal.
- Hacer dos dobleces longitudinalmente a la sábana estándar y enrollarla.



- Colocarla por debajo de la cintura del derechohabiente o usuario.
- Cruzar la sábana sobre el abdomen del derechohabiente o usuario.
- Sujetar la sábana por ambos extremos, a los costados del tambor, tensándola ligeramente.

4.24.2 Contención de Extremidades Superiores

Técnica:

- Revisar la piel en los planos de las extremidades superiores donde se realizará la contención, para detectar la posible presencia de excoriaciones, hematomas o heridas.
- Colocar de forma circular sobre la muñeca dos apósitos sobre la venda elástica colocada en forma transversal.
- Forrar con tela adhesiva de forma circular los apósitos que se encuentran encima de la venda elástica, para inmovilizar la articulación radio cubital.
- Unir los dos extremos de la venda elástica y hacer un nudo sobre la tela adhesiva.
- Anudar en el extremo lateral del tambor de la cama, ligeramente tenso, buscando la forma de inmovilizar el brazo, sin causar problemas circulatorios en el mismo.
- Sujetar ambos extremos de la venda elástica.
- Repetir el procedimiento en la extremidad contraria.

4.24.3 Contención de Extremidades Inferiores

Técnica:

- Revisar la piel en los planos de las extremidades inferiores en donde se va a realizar la sujeción, para detectar la posible presencia de excoriaciones, hematomas, heridas, fracturas recientes o luxaciones.
- Colocar de forma vertical una venda elástica doble sobre el pie, siguiendo el plano del mismo.



- Colocar de forma circular dos apósitos encima de la venda elástica, en la articulación tibioastragalina.
- Forrar con tela adhesiva de forma circular los apósitos que se encuentran encima de la venda elástica, para inmovilizar la articulación radio cubital.
- Unir ambos extremos de la venda elástica hacia arriba y hacer un nudo encima de la tela adhesiva aplicada sobre el apósito.
- Sujetar ambos extremos de la venda elástica a los costados del tambor de la cama, tensándola ligeramente para inmovilizar el pie, pero sin causar problemas circulatorios en el mismo.
- Repetir el procedimiento en la extremidad contraria.

Medidas de Control y Seguridad:

- El uso de dispositivos de contención puede tener connotaciones negativas para el derechohabiente o usuario, por lo que se le debe dar una explicación cuidadosa y adecuada en forma amable y objetiva, antes de aplicar dicha técnica, así como llenar el formato de consentimiento informado.
- Fundamentar en la conducta del derechohabiente o usuario, la necesidad de aplicar la contención, será necesaria la prescripción médica por escrito.
- Examinar al derechohabiente o usuario para determinar si la colocación de la sujeción es adecuada, de acuerdo a la norma establecida en la unidad hospitalaria, los aspectos legales o con mayor frecuencia, si su estado emocional lo justifica.
- Vigilar constantemente la integridad cutánea, coloración, pulsos, sensibilidad y la temperatura de la piel, para evitar falta de riego sanguíneo y necrosis en el tejido.
- Una sujeción que queda floja no cumple con su objetivo y lesiona la piel, por el roce continuo.
- Los dispositivos de restricción demasiado ceñidos trastornarán la circulación.
- Verificar los dispositivos y las extremidades cada quince minutos para impedir la irritación de la piel.
- Colocar suficientes cojines bajo las prominencias óseas, como tobillos y muñecas.
- Realizar ejercicios de la gama de amplitud de movimientos para estimular la circulación y evitar contracturas si es posible antes de volver a colocar la sujeción.

- Observar las extremidades para descubrir cualquier signo de enrojecimiento, edema o equimosis cuando se quiten los dispositivos.
- Valorar la circulación de las extremidades del derechohabiente o usuario inmediatamente después de haber aplicado la sujeción, afloje la sujeción cuando sea necesario.
- Realizar las anotaciones correspondientes en la Hoja de Registros Clínicos Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería: tipo de sujeción, características de la piel antes y después de la contención, las veces que la ha aplicado y retirado, la conducta del derechohabiente o usuario después de haberla aplicado.
- Evitar la sujeción por encima de un dispositivo de acceso vascular, como por ejemplo; una vía intravenosa o un “shunt” arteriovenoso para diálisis.
- No amarrar la sujeción de la barandilla lateral de la cama, ya que al bajarla podría lesionar al derechohabiente o usuario.
- En la sujeción de la cintura, se debe verificar que la derechohabiente o usuaria no esté embarazada o que los derechohabientes o usuarios no tengan problemas gastrointestinales.



Prevención de caídas a Pacientes Hospitalizados

Consentimiento Informado

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Edad _____ Sexo _____ Cama _____

Servicio _____ Expediente _____

Diagnóstico: _____

Con el presente documento de constancia que he sido informada(o) por el profesional de salud, del riesgo de caídas que puede presentar mi paciente y sobre la necesidad de la utilización de medidas preventivas, (sujeción, protección con barandales etc.) Así como también se me orienta sobre el uso y manejo de equipo (bancos de altura, barandales. Sillas de ruedas etc.) Para la seguridad de mi paciente y evitar caídas durante la estancia Hospitalaria.

Las medidas realizadas se suspenderán cuando el estado de salud del paciente lo permita como esta contemplado en el proceso para la prevención de caídas, aprobado por la Unidad Hospitalaria.

Nombre y firma de Conformidad

Nombre y firma de Testigo

4.25 Colocación de Vendajes

Concepto

Es la técnica por medio de la cual se cubre una parte del cuerpo con una venda con fines terapéuticos y preventivos.

Objetivos:



- Limitar los movimientos de la extremidad o articulación dañada, para corregir deformidades, disminuir edema o inflamación e inmovilizar extremidades o articulaciones.
- Fijar apósitos.
- Para producir compresión sobre la herida y tratar de detener una hemorragia.
- Fijar férulas para impedir su desplazamiento.
- Aislar heridas.
- Ejercer presión en una parte del cuerpo.
- Favorecer el retorno venoso.
- Facilitar sostén a alguna parte del cuerpo.
- Moldear zonas del cuerpo como muñones tras una amputación.

Principios:

- Un vendaje aplicado en forma firme, evita que la extremidad se mueva cuando el derechohabiente o usuario cambie de posición.
- El mantener las extremidades vendadas, mejora el retorno venoso y evita la aparición de edema.
- Las vueltas y entrecruzamientos de la venda deben quedar perfectamente adaptados a la forma de la región

Material y Equipo:

- Vendas elásticas de acuerdo al tipo de vendaje.
- Tela adhesiva.
- Guata.
- Apósito
- Tijeras.
- Guantes no estériles.



- Si fuese necesario: material de curación, rasuradoras, pomadas, etc.

Técnica:

- Lavarse las manos.
- Preparar el material según el tipo de vendaje indicado.
- Colocar al derechohabiente o usuario en posición cómoda manteniendo la parte que va a ser vendada alineada con el cuerpo, colocar la zona en posición funcional para evitar complicaciones posteriores.
- Colocarse frente al derechohabiente o usuario a quien se le aplicará el vendaje.
- Cubrir con apósito o guata los pliegues naturales del cuerpo, si es necesario.
- Aplicar el vendaje sosteniendo el rollo de venda con la mano derecha y el extremo con que lo inicia, con la mano izquierda.
- Comenzar remarcando el vendaje con dos vueltas circulares para fijarlo.
- Ir subiendo el cuerpo de la venda con la mano dominante, dejándola deslizar de izquierda a derecha y de medial a lateral.
- Aplicar el vendaje de la parte distal a la proximal, y de izquierda a derecha.
- Cada vuelta debe cubrir la mitad o dos tercios de la anterior.
- Aplicar una presión uniforme y decreciente, sin restringir la circulación.
- Dejar al descubierto el extremo distal para valorar el estado neurovascular. La vuelta ascendente será compresiva, la descendente no.
- Si se trata de sujetar un apósito, cubrir éste con el vendaje sobrepasando el borde al menos en 5 cm a cada lado.

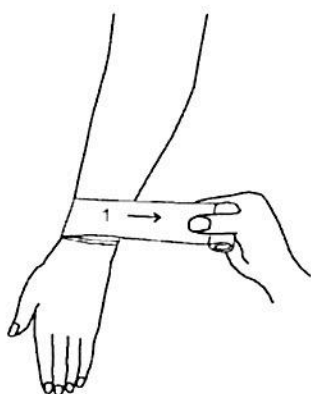
4.25.1 Vendaje Circular

Técnica:

- 1 Realizar envolviendo un segmento a manera de anillo.



- 2 Dar 2 o 3 vueltas circulares.
- 3 Fijar con broches o tela adhesiva.



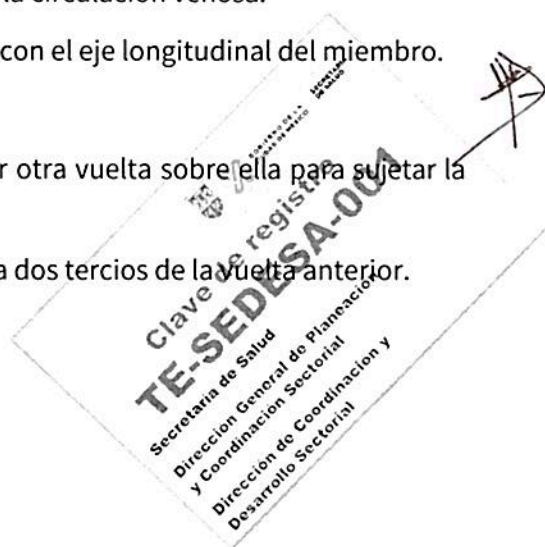
Vendaje circular

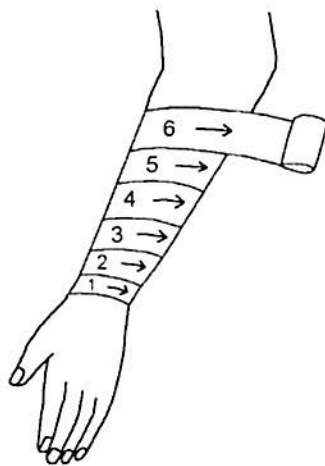
Se utiliza para sostener un apósito en una región cilíndrica del cuerpo (*frente, miembros superiores e inferiores*) y para controlar un sangrado.

4.25.2 Vendaje en Espiral

Técnica:

- Seleccionar la venda elástica del tamaño adecuado.
- Iniciar el vendaje desde la parte más distal en dirección a la circulación venosa.
- Colocar la punta de la venda en forma oblicua en relación con el eje longitudinal del miembro.
- Dar una vuelta.
- Doblar la parte saliente de la punta sobre la venda y dar otra vuelta sobre ella para sujetar la punta doblada.
- Ascender en espiral, de tal manera, que cada vuelta cubra dos tercios de la vuelta anterior.
- Fijar la punta con un gancho o tela adhesiva.





Vendaje en espiral

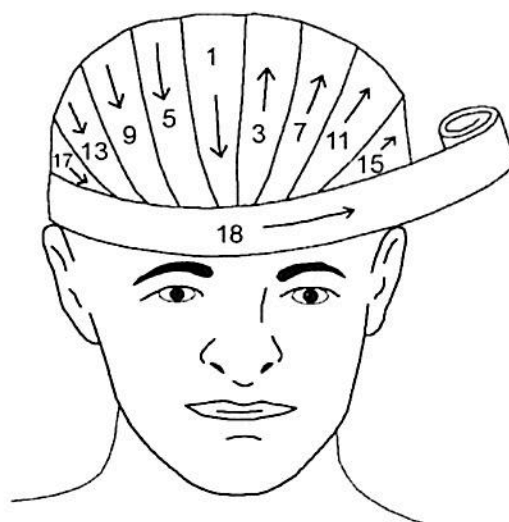
Se emplea para sujetar gasas, apósitos o férulas en brazos, mano, muslo y piernas.

4.25.3 Vendaje Recurrente

Técnica:

- Iniciar llevando la venda de adelante hacia atrás y viceversa hasta cubrir totalmente la zona lesionada.
- Terminar con dos o tres vueltas circulares en dirección transversal para fijar el vendaje.
- Fijar la punta con un gancho o tela adhesiva.





Vendaje recurrente

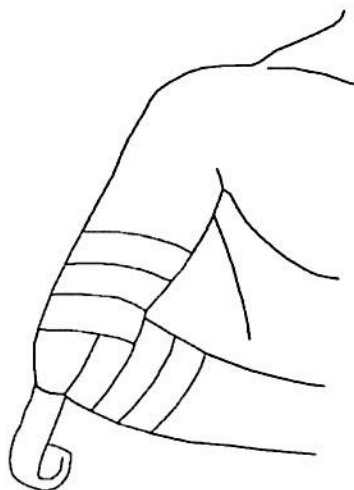
Se aplica especialmente a la cabeza, dedos y muñones (Extremidad de un dedo o de un miembro que ha sido amputado).

4.25.4 Vendaje en Ocho

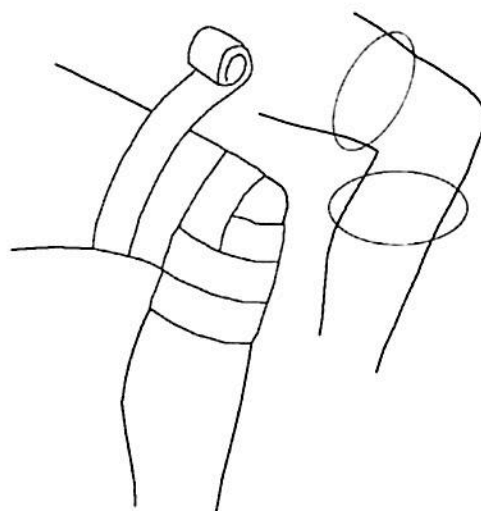
Técnica:

- Dar una vuelta circular al inicio.
- Seguir con un cruce de la venda en forma de ocho.
- Terminar con otra vuelta circular.





Vendaje de ocho en codo



Vendaje de ocho en rodilla

Esta técnica se aplica en las articulaciones (*tobillo, rodilla, codo, etc.*). Útil para sujetar apósitos e inmovilizar.



4.26 Administración de Medicamentos

Concepto:

Procedimiento por medio del cual se proporcionan elementos terapéuticos al organismo humano por diferentes vías.

Objetivo:

- Colaborar en el tratamiento del derechohabiente o usuario al proporcionar con oportunidad y eficiencia los medicamentos prescritos.

Principios:

- La seguridad es un aspecto prioritario en la preparación y administración de medicamentos.
- La absorción de los fármacos al torrente circulatorio se inicia a partir de las vías de administración enteral o parenteral a través de las membranas plasmáticas, capilares sanguíneos, linfa o líquido cefalorraquídeo.

Material y Equipo:

- Carro o charola para medicamentos.
- Indicaciones
- Medicamentos.
- Recipiente con alcohol glicerinado.
- Equipo específico para cada vía de administración.
- Contenedores de desechos.
- Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Técnica:

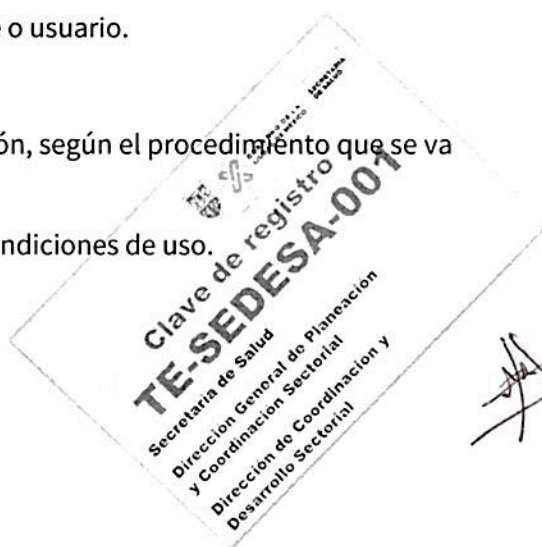
- Revisar la prescripción médica.



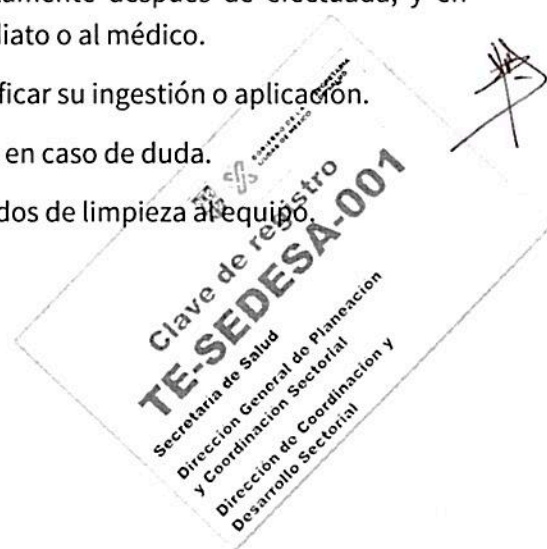
- Lavarse las manos antes y después del procedimiento.
- Trasladarse al área de preparación de medicamentos.
- Identificar los medicamentos e iniciar con la preparación de estos, de acuerdo a la indicación médica.
- Membretar los medicamentos preparados, y solicitar apoyo de otra enfermera para realizar la doble verificación de los medicamentos verificando con la indicación médica.
- Trasladar los medicamentos preparados en una charola, a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Explicar al derechohabiente o usuario el procedimiento.
- Aplicar el medicamento indicado, previa aplicación de los cinco correctos.
- Permanecer con el derechohabiente o usuario hasta la total aplicación del medicamento.
- Observar si se presentan o exacerban manifestaciones clínicas de intolerancia al medicamento.
- Descartar los desechos de acuerdo a la norma.
- Dar cuidados posteriores al equipo y realizar las anotaciones de enfermería necesarias.
- Realizar las anotaciones correspondientes en la Hoja de Registros Clínicos Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Medidas de Control y Seguridad:

- Aplicar los principios de asepsia en todos los casos.
- Respetar y proteger la individualidad del derechohabiente o usuario.
- Lavarse las manos cuantas veces sea necesario.
- Integrar el equipo en el cuarto clínico o zona de preparación, según el procedimiento que se va a realizar.
- Comprobar que el equipo esté limpio, seco y en buenas condiciones de uso.
- Conservar los medicamentos en su envoltura original.
- Revisar la fecha de caducidad de los medicamentos.



- Verificar que el nombre, la dosis y la vía de administración corresponda a lo indicado; se recomienda leer tres veces la etiqueta del medicamento.
 1. Cuando se tome del área donde se guarda.
 2. Antes de sacar el medicamento del envase.
 3. Al devolver el envase a su lugar.
- Verificar que las diluciones o fracciones sean correctas.
- Administrar los medicamentos por estricta indicación médica.
- Preparar solo los medicamentos que se van a administrar en éste horario.
- Evitar las interrupciones durante la preparación de los medicamentos.
- No preparar medicamentos de apariencia dudosa.
- Trasladar el equipo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Identificar inequívocamente al derechohabiente o usuario antes de administrar el medicamento.
- Dirigirse al derechohabiente o usuario por su nombre y explicar el procedimiento.
- Extremar las precauciones en los derechohabientes o usuarios pediátricos o inconscientes para evitar trastornos respiratorios durante la administración de los medicamentos.
- 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.
- Registrar la administración del medicamento inmediatamente después de efectuada, y en caso de reacciones indeseables, notificarlas al jefe inmediato o al médico.
- 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.
- Al terminar de ministrar los medicamentos, dar los cuidados de limpieza al equipo.



Horarios Guía

Indicación Médica	Hora de Administración
C/24 h.	12 h.
C/12 h.	6h, 18h.
C/8 h.	6 h, 14 h, 22 h,
C/6 h.	6 h, 12 h, 18 h, 24 h.
C/4 h.	6 h, 10 h, 14 h, 18 h, 22 h, 2 h.
C/3 h.	6 h, 9 h, 12 h, 15 h, 18 h, 21 h, 24 h, 3 h.
C/2 h.	6 h, 8 h, 10 h, 12 h, 14 h, 16 h, 18 h, etc.,
C/1 h.	6 h, 7 h, 8 h, 9 h, 10 h, 11 h, 12 h, 13 h, 14 h, etc.,
C/Alimentos.	9 h, 14 h, 19 h.,

Abreviaturas:

Sustantivo	Abreviatura	Sustantivo	Abreviatura
Ampolleta	amp.	Máximo	mx.
Caja	Cja.	Miliequivalente	meq.
Capa entérica	c.e.	Miligramo	mg.
Cápsulas	caps.	Mililitro	ml.
Comprimidos	comps.	Mínimo	mn.
Cucharada	cuch.	Minuto	min.
Elíxir	elíx.	Onza	oz.
Emulsión	emul.	Pastilla	past.

Sustantivo	Abreviatura	Sustantivo	Abreviatura
Extracto	ext.	Píldora	pil.
Extracto fluido	ext. fl.	Por razón necesaria	p.r.n.
Frasco	Fco.	Solución	sol.
Gramo	g.	Subcutáneo	subcut.
Gota	gta.	Supositorio	sup.
Hora	h.	Suspensión	susp.
Horas	Hs.	Tintura	Tint.
Intramuscular	i.m.	Transfusión	transf.
Intravenosa	i.v.	Ungüento	ung.
Jarabe	jbe.	Venoclisis	v.c.
Kilogramo	kg.	Vía oral	v.o.
Líquido	liq.	En caso de urgencias	s.o.s
Litro	l.	Antes de cada alimento	a.c.

4.26.1 Administración de Medicamentos por Vía Oral

Concepto:

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

Objetivo:

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



Principios:

- La absorción del medicamento en el tracto digestivo, se debe a difusión simple a través de la membrana.
- Las propiedades químicas de cada fármaco determinan la absorción en medio ácido (estómago) o neutro (intestino)

Material y Equipo:

- Charola, mesa Pasteur o carro para medicamentos.
- Vasos para medicamentos.
- Mortero.
- Jarra con agua.
- Cuchara.
- Gotero.
- Agitador.
- Bolsa negra para basura.
- Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Técnica:

- Lavarse las manos
- Preparar el medicamento de acuerdo a la prescripción médica.
- Trasladar charola de medicamentos a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Identificar inequívocamente al derechohabiente o usuario.
- Explicar al derechohabiente o usuario la forma de ingerir el medicamento Sublingual, Deglutido, Efervescente, Disuelto en la boca.
- Proporcionar el medicamento al derechohabiente o usuario
- Ofrecer agua al derechohabiente o usuario en caso necesario.



- Verificar que el derechohabiente o usuario haya deglutido el medicamento.
- En los derechohabientes o usuarios pediátricos: Colocar al niño en posición semiFowler, sosteniéndole la cabeza con una mano y con la otra colocar el borde del vaso sobre la lengua.
- Forzar la deglución del medicamento en pequeños tragos, comprobar que lo ha ingerido en su totalidad o reponer la cantidad pérdida.
- Retirar el vaso y quitar de la boca el residuo del medicamento.
- Dejar cómodo al derechohabiente o usuario en posición semiFowler.
- Retirar el equipo y dar los cuidados posteriores a su uso.
- Realizar las anotaciones correspondientes en la Hoja de Registros Clínicos Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Medidas de Control y Seguridad:

- Verificar la integridad del vaso.
- Evitar la dilución de jarabes y no dar agua al derechohabiente o usuario inmediatamente después de la toma.
- En casos pediátricos o de inconciencia, triturar y homogeneizar el medicamento.
- La identificación del derechohabiente o usuario, evita errores en la administración de medicamentos.
- Los medicamentos pulverizados o diluidos se absorben más rápidamente porque se aumenta la superficie de contacto.
- Observar las reacciones del derechohabiente o usuario.
- No dejar al derechohabiente o usuario hasta estar completamente seguros de la total deglución de los medicamentos.
- La absorción de los medicamentos administrados por vía oral se modifican en condiciones patológicas (diarrea, irritación gastrointestinal, etc.)



4.26.2 Administración de Medicamentos por Vía Intravenosa en Bolo

Concepto:

Es la introducción de sustancias medicamentosas al torrente circulatorio a través de un acceso venoso.

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:

- Medicamento prescrito
- Jeringa indicada de acuerdo al medicamento indicado.
- Jeringa con Cloruro de Sodio al 0.9 %
- Aguja 32x20 mm
- Torundas alcoholadas
- Bioconector múltiple o llave de tres vías.
- Charola de traslado.
- Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Técnica:

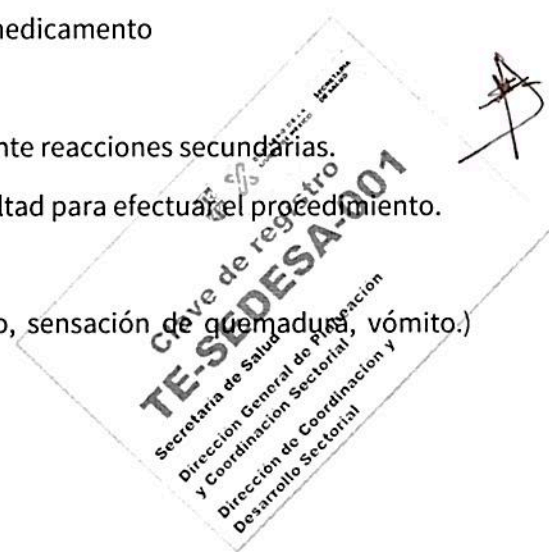
- Revisar la indicación médica.
- Lavarse las manos.
- Colocación de bioconector múltiple para ministración de medicamentos.



- Preparación del medicamento intravenoso
- Realizar asepsia en el puerto de inserción
- Conectar la jeringa con Cloruro de Sodio al 0.9 %
- Verificar permeabilidad del catéter aplicando 2 ml de Cloruro de Sodio al 0.9 %
- Cambiar jeringa con medicamento
- Introducir lentamente el medicamento
- Al término de la aplicación, infundir solución de Cloruro de Sodio al 0.9 % para mantener la permeabilidad del lumen.
- Cerrar el circuito con su protector
- Dejar cómodo al derechohabiente o usuario.
- Retirar material dando cuidado posterior a su uso.
- Realizar las anotaciones correspondientes en la Hoja de Registros Clínicos Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Medidas de Control y Seguridad:

- Verificar que el circuito cerrado a la venoclisis esté en buen estado.
- Verificar la permeabilidad del catéter venoso
- Suspender la aplicación si hay infiltraciones.
- No introducir aire al torrente circulatorio.
- Realizar las diluciones correctas de acuerdo a cada medicamento
- Ministrar los medicamentos lentamente.
- Observar que el derechohabiente o usuario no presente reacciones secundarias.
- Avisar al jefe inmediato o al médico en caso de dificultad para efectuar el procedimiento.
- Utilizar equipo estrictamente estéril.
- Cualquier reacción de intolerancia (cianosis, mareo, sensación de quemaduras, vómito.) exige la suspensión inmediata del medicamento.



4.26.3 Administración de Medicamentos 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 con equipo básico.
- Torundas con alcohol.
- Jeringas estériles graduadas en centímetros.
- Agujas de diferentes calibres.
- Contenedor rígido para desechos punzocortantes.
- Bolsa para basura.
- Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Técnica:

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



- Identificar al derechohabiente o usuario.
- Explicar el procedimiento a realizar al derechohabiente o usuario.
- Colocar al derechohabiente o usuario en la posición adecuada, seleccionar y descubrir la región:
 - Cuadrante superior externo del glúteo.
 - Cara anterior del muslo.
 - Región deltoidea.
- Efectuar la asepsia de la región seleccionada.
- Fijar la zona con los dedos pulgar e índice.
- Introducir la aguja en un solo movimiento, en un ángulo aproximado de 90° con relación al plano de la piel.
- Aspirar con la jeringa, en presencia de sangre, desviar la aguja a otro sitio.
- Inyectar 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 material y dar cuidados posteriores a su uso.
- Observa al derechohabiente o usuario en busca de reacciones secundarias.
- Realizar las anotaciones correspondientes en la Hoja de Registros Clínicos Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Medidas de Control y Seguridad:

- Evitar la punción de los vasos sanguíneos.
- El personal que aplique una inyección intramuscular debe saber cuál es exactamente la zona a puncionar para evitar lesionar vasos y nervios.
- En caso de que el derechohabiente o usuario presente síntomas de reacción anafiláctica, se debe notificar inmediatamente al médico encargado.



4.26.4 Administración de Medicamentos 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 con equipo básico.
- Jeringa con escala en unidades internacionales y agujas hipodérmicas de calibre 26-27, con bisel corto y longitud de 1 a 2.5 cm según el tejido adiposo existente.
- Torundas alcoholadas.
- Bolsa para basura.
- Contenedor rígido para punzocortantes.
- Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Técnica:

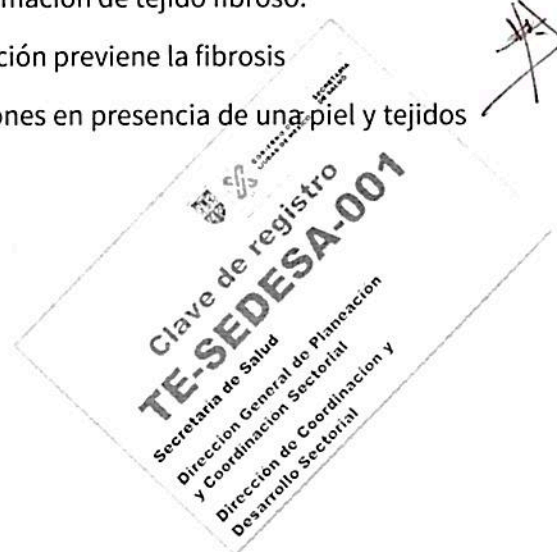
- Lavarse las manos
- Preparar y trasladar el medicamento en la charola a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Identificar al derechohabiente o usuario



- Explicar el procedimiento a realizar al derechohabiente o usuario.
- Elegir y descubrir la región: cara externa del brazo, cara anterior del muslo.
- Colocar al derechohabiente o usuario en decúbito dorsal o sedente, de acuerdo al sitio de punción.
- 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 15 grados.
- Aspirar con la jeringa, para verificar que no haya sangre, e inyectar el medicamento lentamente.
- Retirar la aguja y coloca una torunda alcoholada en el sitio de la punción.
- Retirar el equipo y dar los cuidados posteriores a su uso.
- Realizar las anotaciones correspondientes en la Hoja de Registros Clínicos Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Medidas de Control y Seguridad:

- En presencia de sangre, desviar la aguja hacia otro sitio.
- No puncionar en zonas irritadas e infectadas.
- En caso de punciones muy frecuentes se aconseja rotar el sitio de la aplicación.
- La punción frecuente en un mismo sitio incrementa la formación de tejido fibroso.
- El establecimiento de un plan definido de zonas de inyección previene la fibrosis
- La absorción del medicamento se realiza sin complicaciones en presencia de una piel y tejidos subcutáneos sanos y libres de inflamación o ulceración.
- Observar las reacciones del derechohabiente o usuario.
- Evitar la punción de vasos sanguíneos.



4.26.5 Administración de Medicamentos por Vía Ocular

Concepto:

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

Objetivo:

Tratar las afecciones oculares y/o 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 para medicamentos.
- Soluciones prescritas con gotero o aplicador.
- Torundas de algodón.
- Gasas estériles.
- Pañuelos desechables.
- Contenedor para desechos.
- Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Técnica:

- Lavarse las manos
- Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad clínica, previa identificación y explicación del procedimiento.



- Colocar al derechohabiente o usuario sentado o acostado con la cabeza hiperextendida e Indicar que mantenga la vista hacia arriba si su edad y su estado general lo permiten: en caso contrario sujetar muy bien la cabeza.
- Limpiar el ojo afectado con una gasa estéril del ángulo interno al externo.
- Llenar el gotero con la solución prescrita o destapar la pomada prescrita.
- Separar, 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 lagrimal hacia el ángulo externo.
- Indicar al derechohabiente o usuario que cierre el ojo con suavidad; en caso de indicación médica, cubrir el ojo.
- Retirar el material y dar cuidados posteriores a su uso.
- Realizar las anotaciones correspondientes en la Hoja de Registros Clínicos Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Medidas de Control y Seguridad:

- Evitar que el medicamento sea absorbido por el conducto lagrimal.
- Cerciorarse que el medicamento que va a aplicarse sea el indicado.
- Evita que el goteo tenga contacto con el ojo.
- Evita estímulos bruscos de movimiento o ruido al derechohabiente o usuario con ojos vendados.
- Evita que el derechohabiente o usuario con dilatación pupilar camine solo.

Abreviaturas:

- OD: Ojo Derecho
- OI: Ojo Izquierdo.



4.26.6 Administración de Medicamentos por Vía Nasal

Concepto:

Es la aplicación de una sustancia medicamentosa en las fosas nasales.

Objetivo:

Provocar una reacción local determinada con fines terapéuticos.

Principios:

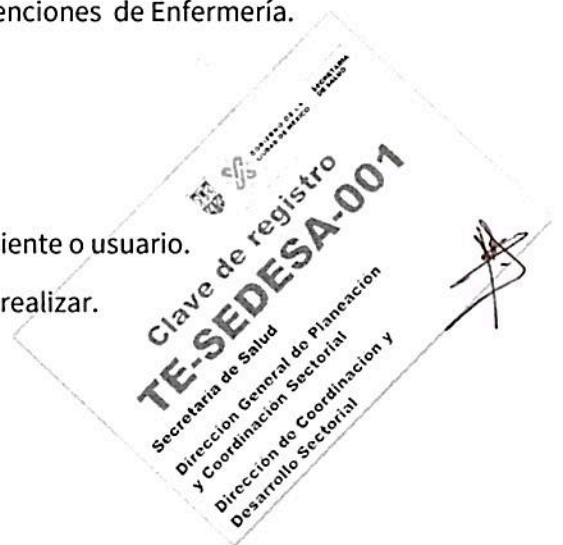
- La tracción del vértice de la nariz hacia arriba y atrás favorece la instilación de gotas en la cavidad nasal.
- La difusión del medicamento en cavidades se realiza en un tiempo relativamente corto.

Material y Equipo:

- Charola para medicamentos.
- Soluciones prescritas con gotero o aplicador.
- Torundas de algodón y gasas
- Pañuelos desechables.
- Contenedor para desechos.
- Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Técnica:

- Lavarse las manos
- Trasladar el equipo y material a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Explicar al derechohabiente o usuario el procedimiento a realizar.



- Colocar el 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 material utilizado y dar cuidados posteriores a este.
- Realizar las anotaciones correspondientes 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.

4.26.7 Administración de Medicamentos por Vía Ótica

Concepto:

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

Objetivo:

Provocar una reacción local determinada con fines terapéuticos.



Principio:

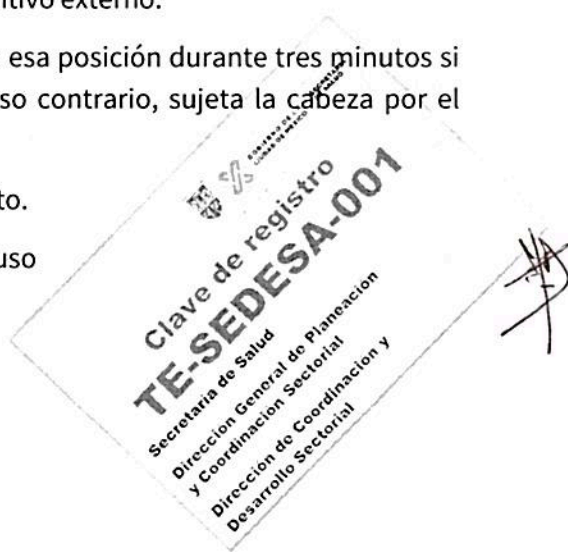
La membrana timpánica, por sus características de inervación y de irrigación, es un método favorable para la absorción.

Material y Equipo:

- Charola para medicamentos.
- Soluciones prescritas con gotero o aplicador.
- Torundas de algodón
- Pañuelos desechables.
- Contenedor de desechos.
- Hoja de Registros Clínicos, Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Técnica:

- Lavarse las manos
- Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del paciente, previa identificación.
- Explicar el procedimiento al derechohabiente o usuario.
- Colocar al derechohabiente o usuario sentado o acostado con la cabeza hacia atrás y dejando el oído que se va a tratar, hacia arriba.
- Tirar hacia arriba y hacia atrás el pabellón auricular con una 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, sujeta la cabeza por el tiempo enunciado.
- Limpiar con una gasa estéril el excedente del medicamento.
- Retirar material utilizado y dar cuidados posteriores a su uso
- Dejar cómodo derechohabiente o usuario.



- Realizar las anotaciones correspondientes 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 si es necesario auxiliar al derechohabiente o usuario.
- 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.

4.27 Amortajamiento

Concepto:

Son los procedimientos que se proporcionan al cuerpo después de la muerte.

Objetivo:

Conjunto de atenciones que se proporcionan a la persona fallecida para su posterior traslado al servicio de patología.

Principios:

- Manifestar respeto al cadáver y al estado emocional de la familia.
- El tejido muscular se torna rígido inmediatamente después de la muerte.

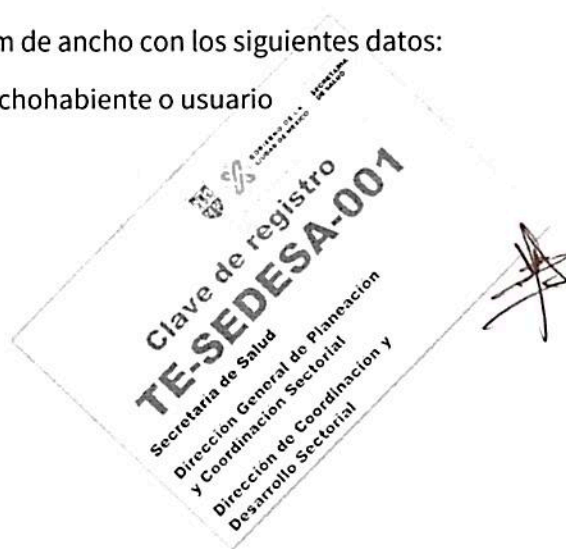


Material y Equipo:

- Recipiente con agua tibia.
- Equipo para aseo general
- Equipo de amortajamiento conteniendo:
 - 2 sábanas standard.
 - 1 pinza Kelly.
 - Algodón.
 - Apósitos.
 - Tela adhesiva.
 - Vendas elásticas.
 - Guantes
 - hoja de bisturí
 - Recipiente para desechos.
 - Tánico.
- Hoja de Registros Clínicos Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería

Técnica:

- Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del derechohabiente o usuario
- Aislar el cadáver
- Realizar tres membretes iguales con tela adhesiva de 5 cm de ancho con los siguientes datos:
 - Nombre completo y fecha de nacimiento del derechohabiente o usuario
 - Edad
 - Género
 - Número de expediente.
 - Diagnóstico médico.



- Fecha y hora del fallecimiento.
- Primer apellido completo e inicial del nombre de la enfermera que amortaja.
- Colocarse bata, cubrebocas y guantes.
- Cerrar los ojos del cadáver bajándole los párpados superiores.
- Desconectar tubos, retirar sondas, férulas u otros aditamentos.
- Limpiar el cuerpo si es necesario, retirar la ropa depositándola en el tánico.
- Formar tapones con algodón e introducirlos en todas las cavidades: Oídos, nariz, boca, vagina y recto, utilizando la pinza.
- Colocar la venda alrededor de la cara para fijar la mandíbula si es necesario.
- Colocar un membrete de identificación de tela adhesiva sobre el pecho del cadáver y otro en pierna derecha.
- Colocar la sábana diagonal, con el cuerpo en el centro, llevar una de las esquinas laterales al lado contrario e introducirla por debajo del cadáver; continuar con la esquina inferior introduciéndola hacia las rodillas y enseguida, la esquina lateral distal hacia el lado proximal de la enfermera, fijándola con la tela adhesiva en la espalda del cadáver.
- Con la esquina superior, tapar la cara del cadáver.
- Colocar la otra etiqueta sobre la sábana a la altura del pecho, haciendo suficiente presión para que no se despegue.
- Ayudar a pasar el cadáver a la camilla, sujetarlo y taparlo con otra sábana.
- Pedir al camillero que traslade el cuerpo al mortuario y recabar la firma de recibido.
- Guardar la constancia de recibido del cadáver en el sitio correspondiente.
- Ordenar el expediente, recabar las firmas de egreso y entregarlo a Admisión.
- Realizar las anotaciones correspondientes en la Hoja de Registros Clínicos Esquema Terapéutico e Intervenciones de Enfermería.

Medidas de Control y Seguridad

- Efectuar los procedimientos antes que el cuerpo presente rigidez.



- Preguntar al familiar antes de colocar alguna prótesis.
- Identificar muy bien los datos del cadáver antes de elaborar las etiquetas.
- Proporcionar los datos necesarios para la rápida elaboración del certificado de defunción.
- Evitar amortajar un cuerpo que esté pendiente de certificación médica.
- Evitar que el cuerpo permanezca mayor tiempo del necesario en el servicio.
- No entregar o enviar un cuerpo sin recabar la firma de quien lo recibe e identifica.
- Tomar las medidas necesarias para la correcta identificación del cadáver.



5. ANEXOS

5.1 Trato digno

Concepto:

Es la forma de garantizar la excelencia de la calidad de atención permitiendo brindar servicios asistenciales de forma integral a todo derechohabiente o usuario que lo solicite, con sentido humanitario de manera eficiente y eficaz de la atención en las acciones de promoción, prevención de la enfermedad, restauración de la salud, rehabilitación y alivio del sufrimiento, basado en los valores éticos de la profesión. Considerándolo como un ser biopsicosocial, sin distinción de edad, cultura, capacidades diferentes o enfermedad, género, nacionalidad, preferencias políticas y religiosas, raza, o condición social. Dicho cuidado lleva implícito el respeto a los derechos humanos incluido el derecho a la vida, a la dignidad y a ser tratado con respeto.

Objetivo:

Cubrir satisfactoriamente requisitos, necesidades, y expectativas de los derechohabientes o usuarios con respecto a su proceso de cuidado.

Elementos para la calidad de atención:

- Vocación de servicio
- Responsabilidad
- Sentido de equipo
- Amabilidad
- Confianza

Derechos de los pacientes:

- Recibir atención médica adecuada.
- Recibir trato digno y respetuoso



- Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz
- Decidir libremente sobre su atención.
- Ser tratado con confidencialidad.
- Contar con facilidades para obtener una segunda opinión
- Recibir atención médica en caso de urgencia.
- Contar con expediente clínico.
- Ser atendido cuando se inconforme por la atención recibida

Indicadores

1. ¿La enfermera(o) lo saluda en forma amable?
2. ¿Se ha presentado la enfermera(o) con usted?
3. ¿Cuándo la enfermera(o) se dirige a usted lo hace por su nombre?
4. ¿La enfermera(o) le explica sobre los cuidados o actividades que le va a realizar?
5. ¿La enfermera(o) procura ofrecerle las condiciones necesarias que guardan su intimidad y/o pudor?
6. ¿La enfermera(o) lo trata con respeto?
7. ¿Se siente satisfecho con el trato que le da la enfermera(o)?
8. ¿La enfermera(o) lo hace sentir seguro al atenderlo?
9. ¿Hay continuidad en los cuidados de enfermería las 24 horas?
10. ¿La enfermera(o) se interesa porque dentro de lo posible su estancia sea agradable?

Resultados esperados:

- Interacción terapéutica
- Satisfacción del usuario y prestador de servicio
- Mejoras en salud



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

Recuerda:

- Reporta TODOS los casos de infección intrahospitalaria al departamento de Epidemiología.
- Utiliza colectores adecuados para desechar objetos punzocortantes.
- 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.
- Manejar adecuadamente los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (RPBI) con base en la NOM-087-ECOL-SSA1-2002.



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.

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).
- 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 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.

Cubre bocas

- 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

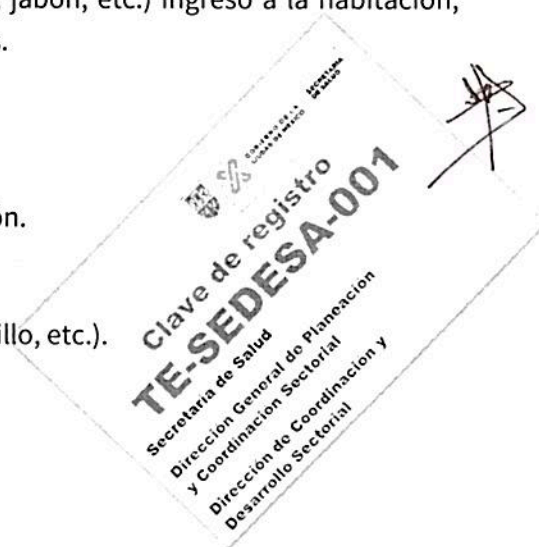
- Únicamente si es indispensable; respetando en todo momento las medidas estándar y de contacto, utilizar batas y guantes si se tiene contacto directo con el paciente o peligro de salpicadura.

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, googles, 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 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

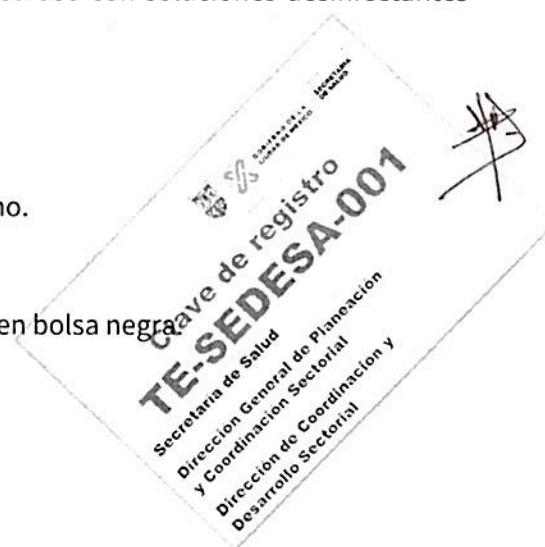
- Se deberá utilizar si se va a estar a menos de un metro y medio del paciente.
- Desechar el cubre bocas en contenedores de RPBI (bote rojo) dentro de la habitación

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

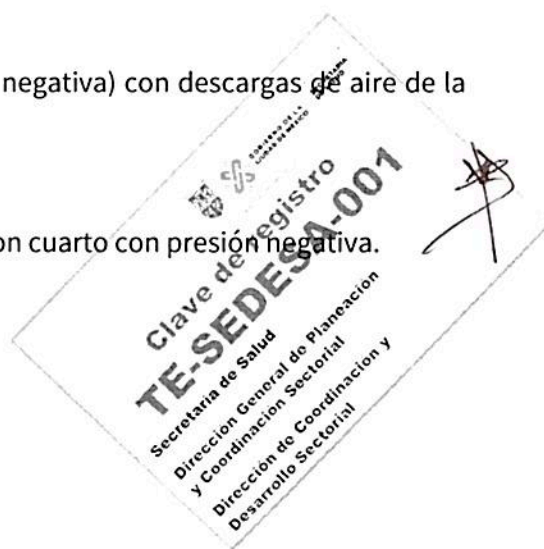
- Lavado higiénico de manos conforme a la técnica establecida en el presente manual.
- Uso de equipo de protección de manera adecuada (guantes, batas, googles, cubre bocas) para prevención de infecciones.
- Manejar adecuadamente los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (RPBI) con base en la NOM-087-ECOL-SSA1-2002.

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

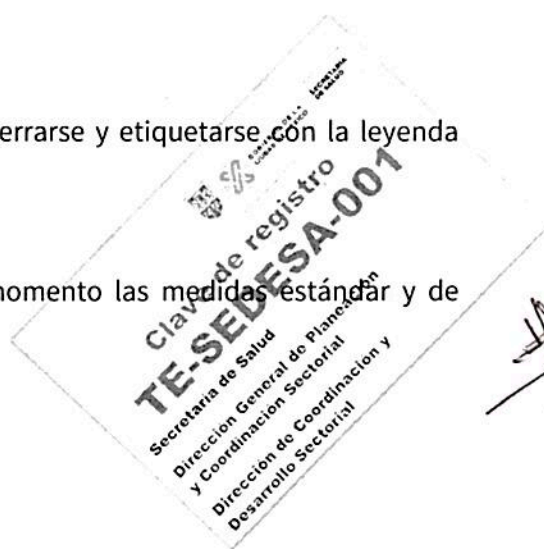
- Utilizar vajilla desechable.
- Realizar la recolección de la charola de alimentos de estos pacientes al último.
- Tirar la basura dentro de la habitación.

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

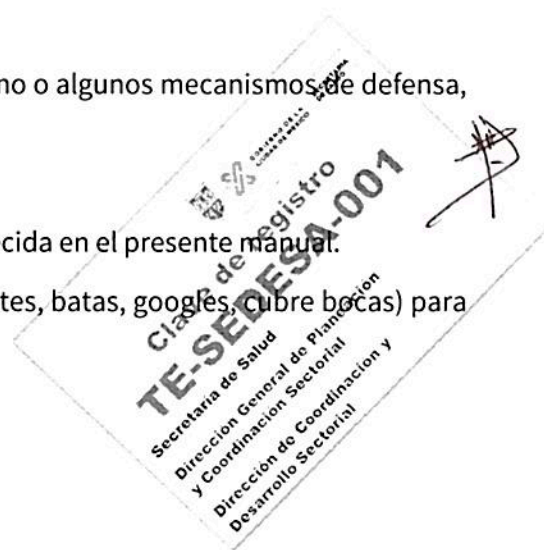
Tarjeta GRIS

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, googles, 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 (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 faciliforme
- 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

- Lavado higiénico de manos conforme a la técnica establecida en el presente manual.
- Uso de equipo de protección de manera adecuada (guantes, batas, googles, cubre bocas) para prevención de infecciones.
- Manejar adecuadamente los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (RPBI) con base en la NOM-087-ECOL-SSA1-2002.

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.

Cubrebocas

- 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 áreas comunes, no se recomienda que entre a otras áreas de hospitalización si no se le solicita.

5.3 Posiciones en Cama para el Derechohabiente o Usuario

Concepto:

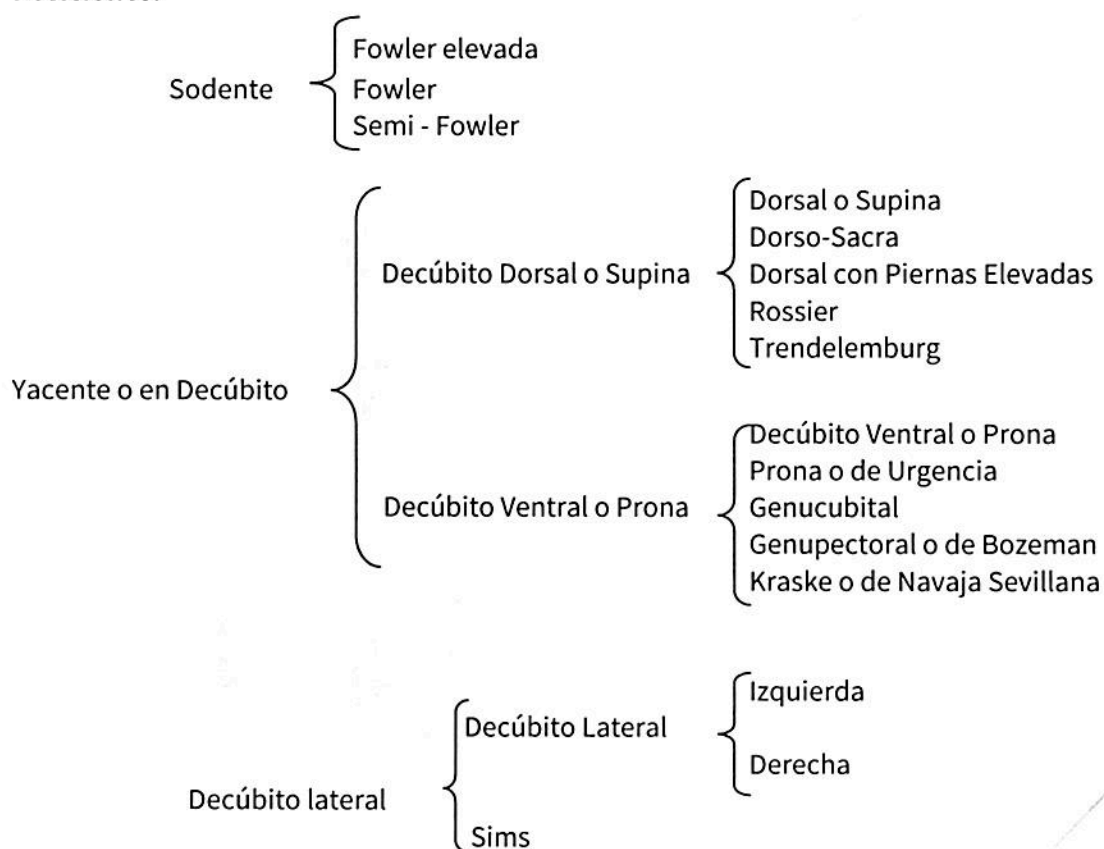
Es la colocación postural del derechohabiente o usuario para dar una posición específica de comodidad, diagnóstica y/o terapéutica.



Objetivos:

- Mantener el funcionamiento corporal en equilibrio de los sistemas; Circulatorio, Respiratorio, Urinario y Músculo-Esquelético.
- Esta tiene a su vez, variaciones diversas.

Posiciones:



5.3.1 Posición Anatómica



Alineación de segmentos corporales en sentido vertical con extremidades superiores a los lados del cuerpo, manos en pronación, cabeza recta y pies dirigidos hacia delante. Los pies pueden tener diferente separación según el caso.

Objetivos

- Valoración de conformación exterior.
- Definición de planos corporales.
- Reducción de tensión excesiva sobre articulaciones que soportan el peso corporal.

5.3.2 Posición Fowler Elevada

Derechohabiente o usuario sentado en silla o cama con el tronco en posición vertical y extremidades inferiores apoyados sobre un plano resistente.

Objetivos

- Exploración física de región anterior del cuerpo. Alimentación.
- Favorecer exhalación respiratoria adicional.
- Disminuir tensión muscular abdominal y lumbar.
- Aplicación de algunos tratamientos o intervenciones quirúrgicas en cabeza o cara.
- Descanso.



5.3.3 Posición Fowler



Derechohabiente o usuario sentado en cama con elevación de la cabecera a 45° y ligera flexión de extremidades inferiores.

Objetivo:

- Similares a la anterior a excepción de la tercera indicación.
- Favorece la respiración.

5.3.4 Posición Semi Fowler

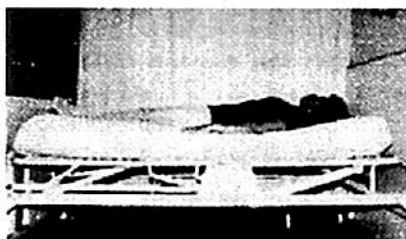
Derechohabiente o usuario sentado cama con elevación de la cabecera a 30° y ligera flexión de extremidades inferiores.

Objetivo

Similares a la posición Fowler.



5.3.5 Decúbito Dorsal o Supina



Derechohabiente o usuario acostado sobre su región posterior, extremidades superiores a los lados del cuerpo y las inferiores ligeramente flexionadas.

Objetivos

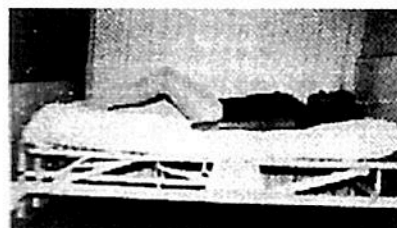
- Exploración física de región anterior del cuerpo.
- Relajación muscular.
- Aplicación de tratamientos específicos en región anterior del cuerpo.
- En laparotomías.

5.3.6 Dorsosacra

Derechohabiente o usuario en decúbito dorsal o espina con separación de rodillas y pies apoyados sobre un plano resistente.

Objetivo

Similares a las anteriores.



5.3.7 Dorsal con Piernas Elevadas



Derechohabiente o usuario en decúbito dorsal o supina con extremidades inferiores elevadas sobre almohadas o piecera de la cama.

Objetivo

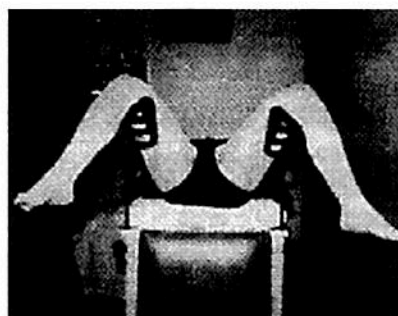
Favorecer relajación muscular, disminuir edema de extremidades inferior.

5.3.8 Ginecológica o Litotomía

Derechohabiente o usuario en decúbito dorsal con región glútea apoyada en el borde de la mesa de exploración, extremidades inferiores flexionadas y separadas por medio de piñeras.

Objetivos

- Facilitar el parto.
- En intervenciones médicas y quirúrgicas de órganos pélvicos.



5.3.9 Rossier



Derechohabiente o usuario en decúbito dorsal con almohada por debajo de los hombros para producir hiperextensión de cuello.

Objetivo

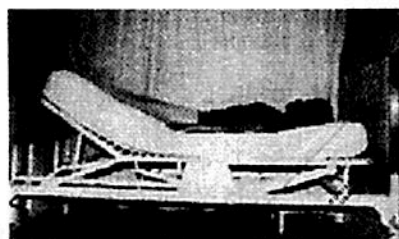
- Favorecer la ventilación pulmonar.
- Exploración e intervenciones quirúrgicas en cuello.

5.3.10 Trendelenburg

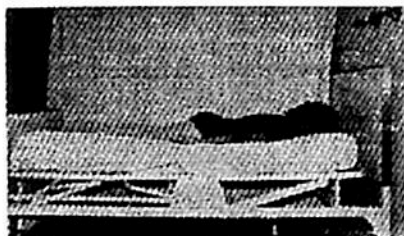
Derechohabiente o usuario en decúbito dorsal con elevación de piecera de cama entre 30 a 45°, de tal manera que la cabeza se encuentre en un plano más bajo que los pies.

Objetivo

- Favorecer drenaje postural.
- Incrementar riego sanguíneo cerebral.
- Intervención quirúrgica de vejiga y colon.



5.3.11 Decúbito Ventral o Prono



Derechohabiente o usuario acostado sobre región anterior del cuerpo, cabeza de lado, extremidades superiores en extensión a los lados del cuerpo y las inferiores en extensión.

Objetivo

- Exploración de región posterior del cuerpo.
- Aplicación de tratamientos en región posterior del cuerpo.
- Recuperación post anestésica.

5.3.12 Prona de Urgencia

Derechohabiente o usuario en decúbito ventral con cabeza fuera del borde de la cama y extremidad superior correspondiente, sobre un banco de altura.

Objetivo

- Evitar bronco aspiración por expulsión de vómito en proyectil o secreciones de vías respiratorias.
- Favorecer drenaje postural.



5.3.13 Genopectoral



A partir de la posición prona, el derechohabiente o usuario descansa sobre brazos y rodillas, con la cabeza de lado.

Objetivo

- Exploración de región pélvica.
- Exploración sigmoidoscópica.

5.3.14 De kraske o Navaja Sevillana



Derechohabiente o usuario en decúbito ventral con inclinación de muslos formando un ángulo de 90° y piernas apoyadas sobre la parte inferior de la mesa de exploración. Inclina parte superior de la mesa de tal forma que las caderas queden más elevadas que



el cuerpo.

Objetivo

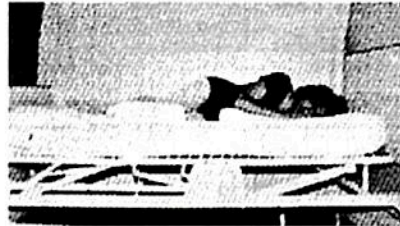
- Exploración en intervenciones quirúrgicas en recto.
- Aplicación de tratamientos en recto.

5.3.15 Decúbito Lateral

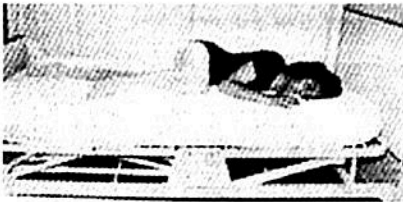
Derechohabiente o usuario acostado sobre lado derecho o izquierdo, extremidades superiores en ligera flexión y la inferior de lado opuesto ligeramente flexionada sobre la otra.

Objetivo

- Favorecer la relajación muscular.
- Recuperación post anestésica.
- Aplicación de varios tratamientos.



5.3.16 De Sims



Derechohabiente o usuario en decúbito lateral izquierdo con extremidades superiores ligeramente flexionadas, extremidad inferior izquierda ligeramente flexionada y la derecha flexionada hasta casi tocar el abdomen.

Objetivo

- Aplicación de enemas.
- Exploración de recto.
- Relajación muscular.



5.4 Glosario de Términos

Abrasión:	Área del cuerpo a la que se ha raspado o lesionado la piel.
Aislamiento:	Área del cuerpo a la que se ha raspado o lesionado la piel. Separación de una persona, material y/u objetos del resto de derechohabientes o usuarios.
Aislante:	Sustancia o material que reduce o impide la conducción, por ejemplo del calor.
Anestesia:	Es la ausencia de sensibilidad parcial o total en el cuerpo.
Ansiedad:	Respuesta emocional al peligro o situación desconocida.
Apatía:	Falta de sentimientos o emociones.
Apósito:	Tejido limpio o estéril que se aplica directamente a una herida o lesión para absorber secreciones, proteger mecánicamente la zona o administrar una medicación.
Articulación:	Parte del cuerpo en que se reúnen dos huesos.
Aspiración:	Acto de respirar o atraer; eliminación de líquido o gases de una cavidad por succión.
Atrofia:	Desaparición o disminución del tamaño o la actividad fisiológica de una parte del cuerpo como consecuencia de una enfermedad o por otras causas. Un músculo esquelético puede sufrir atrofia por falta de ejercicio físico o como resultado de una enfermedad neurológica o músculo – esquelética.
Circulación	Movimiento continuo de sangre o líquidos en una parte del cuerpo, lo que significa que existe algún trastorno.
Conducción	El paso de calor de una molécula a otra, como en el metal.
Congestión	Cantidades extraordinarias de sangre o líquidos en una parte del cuerpo, lo que significa que existe algún trastorno.
Microorganismo	Diminutivo organismo vivo que con frecuencia puede observarse sólo por el microscopio.
Mucosa	Membrana que recubre los conductos y cavidades del cuerpo que comunican con el exterior.
Nicturia	Emisión de orina más frecuente durante la noche que durante el día.

Patógeno	Organismo o sustancia capaz de producir enfermedad.
Placa bacteriana	Película de moco o bacterias que se forman en los dientes.
Posición	Es la alineación de segmentos orgánicos que se adecua en forma intencional con fines de comodidad, diagnóstico o tratamiento.
Postura	Es la alineación de segmentos orgánicos que se adopta espontáneamente en forma correcta o incorrecta.
Protección	Resguardar algo y/o alguien de un posible daño Acción de proteger o impedir que una persona reciba daño o que llegue a ella. Cuidado preventivo ante un eventual riesgo o problema.
Prurito	Sensación particular que incita a rascarse. Comezón.
Radiación	Emisión de calor de los objetos calientes a los fríos en forma de ondas electromagnéticas.
Seguridad	Lugar o sitio libre de todo peligro.
Supuración	Formación de secreción purulenta.
Vértigo	Mareo.



6. BIBLIOGRAFÍA

WIECK, Lynn; et al. (1998) Técnicas de Enfermería. 3ª edición. Editorial Interamericana. México.

CRESPO, Carmen. (1997) Cuidados de Enfermería en Neonatología. Editorial Síntesis, S.A. Madrid.

REEDER, Sharon; et al. (1995) Enfermería Materno Infantil. 17ª edición. Editorial Interamericana. México.

Rosales, Susana; et al. (2002) Fundamentos de Enfermería. 2ª edición. Editorial Manual Moderno. México.

Almeda de Jara, Elsa, et al; Manual de la enfermería; Cultural, S.A. , Madrid España, 2003

Brunner L.S., Suddarth O.S. Manual de la Enfermera Enrubia- Lozana Editores S.A. de C.V. Vol. 1 y 2, 2004

Rosales Barreara Susana, Reyes Gómez Eva; Fundamentos de Enfermería; Ed. Manual Moderno, S.A. de C.V., México, D.F.; 2004.

Ortega- Suárez; Manual de Evaluación del servicio de calidad en enfermería; Editorial médica Panamericana S.A. de C.V.; México D.F.; Edición 2006

