



CIUDAD DE MÉXICO



GACETA OFICIAL DISTRITO FEDERAL

Órgano de Difusión del Gobierno del Distrito Federal

DÉCIMA OCTAVA ÉPOCA

13 DE ABRIL DE 2015

No. 68

Í N D I C E

ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL

Secretaría de Salud

- ◆ Aviso por el que se dan a conocer las Técnicas Específicas de Enfermería 4
- ◆ Aviso por el que se dan a conocer las Técnicas de Enfermería en el Servicio de Recuperación 47
- ◆ Aviso por el cual se dan a conocer las Técnicas de Enfermería en el Servicio de Cirugía General 64

Oficialía Mayor

- ◆ Aviso por el que se da a conocer el Acuerdo mediante el cual se determinó el Destino Final de los Bienes Muebles (Vehículos), declarados en Extinción de Dominio 85

Secretaría de Trabajo y Fomento al Empleo

- ◆ Aviso por el que se da a conocer el cambio de domicilio de la Secretaría de Trabajo y Fomento al Empleo y se establece la suspensión temporal de los Actos, Trámites, Servicios, Solicitudes de Acceso a la Información Pública, Solicitudes de Acceso, Rectificación, Cancelación u Oposición de Datos Personales, así como la Suspensión de Los Plazos y Términos Relativos a los Procedimientos Administrativos que ante ella se realizan 86

Delegación Coyoacán

- ◆ Aviso por el cual da a conocer el Programa Anual de Obras para el Ejercicio Fiscal 2015 88

Continúa en la Pág. 2

ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL

SECRETARÍA DE SALUD

DR. JOSÉ ARMANDO AHUED ORTEGA, Secretario de Salud, con fundamento en el artículo 29 fracción XIX, 16 fracción IV de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal, 24 fracción XX de la Ley de Salud del Distrito Federal, 11 de la Ley de Procedimiento Administrativo del Distrito Federal, 26 fracciones V y VIII y 67 fracciones VI, XIV y XXI del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal emito el siguiente:

AVISO POR EL QUE SE DAN A CONOCER LAS TÉCNICAS ESPECÍFICAS DE ENFERMERÍA

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN

2. MARCO JURÍDICO DE ACTUACIÓN

3. OBJETIVO DEL DOCUMENTO

4. TÉCNICAS DE ENFERMERÍA

4.1 Curaciones.

4.2 Intubación Gástrica.

4.3 Succión Gastrointestinal.

4.4 Lavado Gástrico.

4.5 Instalación de Sonda Sengestaken Blakemore.

4.6 Irrigación de Colostomía.

4.7 Enema Evacuante.

4.8 Irrigación Vaginal.

4.9 Cuidado de Traqueostomía.

4.10 Determinación de Glucosa en Orina.

4.11 Determinación de Cuerpos Cetónicos en Orina.

4.12 Participación de la Exploración Física.

4.13 Cuidados Preoperatorios del Derechohabiente o Usuario.

4.14 Cuidados Postoperatorios del Derechohabiente o Usuario.

4.15 Cuidados de la Convalecencia del Derechohabiente o Usuario.

4.16 Atención a los Derechohabientes o Usuarios en Urgencias.

4.17 Cuidados de Enfermería en el Estado de Choque.

4.18 Medidas de Reanimación en la Urgencia Cardiorespiratoria.

4.19 Cuidados al Enfermo Agónico.

4.20 Medidas Post Mortem.

4.21 Manejo del Derechohabiente o Usuario en Aislamiento.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

La Secretaría de Salud del Distrito Federal, institución encargada de la prestación de servicios de atención médica a la población abierta de esta gran urbe, y en apego a las políticas de modernización técnico-administrativa dictadas por el Gobierno del Distrito Federal y por la Secretaría de Salud -rectora del Sistema Nacional de Salud-, ha implementado como una de sus líneas de acción la elaboración, revisión, actualización y operación de diferentes documentos administrativos tanto del nivel central como de las unidades hospitalarias, que sirvan de guía y orientación para el desarrollo de las actividades y acciones que realiza el personal de los diferentes departamentos y servicios.

El presente documento fue elaborado por el personal de enfermería de la Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias con el propósito de que sea aplicado por el personal adscrito a las diferentes unidades hospitalarias de esta Secretaría de Salud.

Consta de los siguientes capítulos: Introducción, Marco Jurídico de Actuación, Objetivo del Documento y las diferentes Técnicas que se desarrollan en la atención de los derechohabientes o usuarios que acuden a solicitar atención médica. Está dirigido al personal de enfermería, jefes de enfermeras y autoridades del hospital, con la finalidad de que sean los encargados de adaptar y adoptar este documento a sus unidades, de acuerdo a las necesidades, recursos y tecnología con que cuentan.

Como todos los de su género, este documento debe estar sujeto a procesos periódicos de revisión y actualización, de tal manera que permanezca vigente y sea una herramienta útil de consulta.

El presente documento se elabora con fundamento en las atribuciones de la Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial establecidas en el artículo 67 fracciones VI y XIV del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito y en las funciones de la Dirección de Coordinación y Desarrollo Sectorial descritas en el Manual Administrativo de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

2. MARCO JURÍDICO DE ACTUACIÓN

Los principales ordenamientos jurídico-administrativos en que se sustentan las Técnicas Específicas de Enfermería son:

CONSTITUCIÓN

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 05 de febrero de 1917, última reforma 07 de julio de 2014.

ESTATUTO

- Estatuto de Gobierno del Distrito Federal, Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 de julio de 1994, última reforma 27 de junio de 2014.

LEYES

- Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 31 de diciembre de 1982, última reforma 24 de diciembre de 2013.

- Ley General de Salud, Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de febrero de 1984, última reforma 19 de diciembre de 2014.
- Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal, Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 29 de diciembre de 1998, última reforma 14 de julio de 2014.
- 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.
- Ley de Salud del Distrito Federal, Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 17 de septiembre de 2009, última reforma 18 de diciembre de 2014.

REGLAMENTOS

- 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 24 de marzo de 2014.
- Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal, Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 28 de diciembre de 2000, última reforma 19 de noviembre de 2014.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 05 de abril de 2004, última reforma 19 de diciembre de 2014.
- 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.
- Reglamento de la Ley de Salud del Distrito Federal, Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 07 de julio de 2011.

DOCUMENTOS NORMATIVO-ADMINISTRATIVOS

- 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 de 2003.
- 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.
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del Expediente Clínico, Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012. Para la Vigilancia Epidemiológica, Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de febrero de 2013.
- Condiciones Generales de Trabajo del Gobierno del Distrito Federal, Publicadas en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 13 de septiembre de 2013.
- Guía Técnica y Metodológica para la Elaboración, Presentación y Registro del Manual Administrativo y/o Específico de Operación del Gobierno del Distrito Federal, Oficialía Mayor junio 2014.

3. OBJETIVO DEL DOCUMENTO

Proporcionar las técnicas específicas de enfermería más usuales en las unidades hospitalarias que sirvan de guía y orientación para el adecuado desarrollo de las actividades, acciones y responsabilidades de este tipo de personal en los diferentes servicios finales y algunos intermedios, y que a su vez coadyuven a proporcionar una atención médica más eficiente, eficaz y efectiva a la población abierta del Distrito Federal.

4. TÉCNICAS DE ENFERMERÍA

4.1 Curaciones.

Concepto:

Son las maniobras asépticas que se efectúan sobre un tejido lesionado o herida quirúrgica.

Objetivo:

Favorecer el desarrollo normal en el proceso de cicatrización de un tejido, así como prevenir infecciones, o en su caso, tratarlas.

Principios:

- El lavado mecánico con agua y jabón, elimina los microorganismos.
- Las heridas o lesiones tratadas de manera aséptica, cicatrizan más rápidamente y con menor reacción tisular.

Material y Equipo:

- Carro de curaciones.
- Recipientes con.
- Jabón líquido quirúrgico.
- Agua estéril o solución fisiológica. (agua inyectable).
- Solución germicida.
- Tintura (benjuí violeta).
- Charola.
- Riñón.
- Equipo de curación estéril con el número de instrumentos adecuados en relación con la magnitud y complejidad de la curación.
- Jeringa asepto.
- Guantes.
- Gasas.
- Apósitos.
- Abatelenguas.

- Ministración de medicamentos tópicos.
- Bata estéril (opcional).
- Material no estéril y estéril.
- Cubre bocas.
- Vendas (elásticas, retelast, tensoplast).
- Tela adhesiva o micropore.
- Cubeta cubierta con bolsa roja de plástico para depositar desechos de la curación y cubeta con bolsa negra para desechos municipales.

Técnica:

- Lavarse las manos antes, después de realizar el procedimiento y cuantas veces sea necesario.
- Preparar el equipo y material y trasladarlo al lugar donde se va a realizar la curación.
- Explicar al derechohabiente o usuario el motivo de efectuar el procedimiento.
- Preparar y acomodar físicamente al derechohabiente o usuario, exponiendo la región de la curación.
- Colaborar al médico durante la curación, proporcionando el material y equipo necesario durante el procedimiento y al término del mismo.
- Efectuar la fijación del apósito al término de la curación.
- Instalar cómodamente al derechohabiente o usuario en su unidad.
- Retirar el instrumental y el equipo y darle los cuidados posteriores a su uso.
- Realizar las anotaciones correspondientes en los registros de enfermería.

Medidas de Control y Seguridad:

- Observar estrictamente durante el procedimiento, los principios básicos de asepsia y antisepsia.
- Usar siempre un equipo de curación estéril por cada curación.
- Iniciar la curación de la herida, del centro a la periferia y de lo más limpio a lo sucio.
- Evitar desplazamiento de los drenajes sobre la herida.
- Evitar enfriamientos al derechohabiente o usuario.
- Notificar al médico tratante cualquier reacción adversa que pueda presentar el derechohabiente o usuario (fiebre, dolor, dehiscencia).

4.2 Intubación Gástrica.**Concepto:**

Es la introducción de una sonda por nariz o boca a la cavidad gástrica.

Objetivos:

- Descomprimir la cavidad gástrica.
- Administrar alimentos o medicamentos directamente a cavidad gástrica.

Principio:

La estimulación parasimpática aumenta la motilidad del conducto gastrointestinal.

Material y Equipo:

- Equipo de lavado de sonda (riñón, vaso y jeringa asepto).
- Pinza Kelly.
- Gasas.
- Guantes.
- Lubricante hidrosoluble.
- Sonda Levín del calibre adecuado al derechohabiente o usuario.
- Tela adhesiva o micropore.
- Toalla o sustituto.
- Benjui.

Técnica:

- Lavarse las manos antes de iniciar el procedimiento.
- Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Identificar al derechohabiente o usuario y prepararlo psicológicamente, explicándole en que consiste el procedimiento.
- Colocar al derechohabiente o usuario en posición de fowler.
- Seleccionar la narina más permeable y asearla.
- Colocar la toalla en la parte anterior del tórax y el riñón debajo del mentón.
- Calzarse los guantes con técnica abierta.
- Tomar la sonda y medirla desde la punta nasal al lóbulo de la oreja, y de ésta al apéndice xifoides (para asegurar la distancia hasta el estómago).
- Lubricar la sonda.

- Introducir lentamente la sonda en la fosa nasal (o boca) dirigiéndola a la nasofaringe posterior hacia atrás y abajo, pidiéndole al derechohabiente o usuario que degluta sorbos de agua para facilitar su avance.
- Una vez pasados de 7 a 8 cm de longitud de la sonda, pedirle al derechohabiente o usuario que flexione el cuello sobre su tórax y respire profundamente.
- Introducir la sonda suavemente hasta la marca.
- Comprobar que la sonda está en estómago, aspirando el contenido gástrico con la jeringa asepto.
- Fijar la sonda con tela adhesiva a la nariz.
- Realizar el procedimiento requerido de acuerdo a la necesidad del derechohabiente o usuario (seguir la indicación médica: lavado gástrico, succión, alimentación, etc.).
- Retirar el equipo y darle el procesamiento posterior a su uso.
- Efectuar las anotaciones correspondientes en la hoja de enfermería.

Medidas de Control y Seguridad:

- Si el derechohabiente o usuario presenta datos de disnea, tos o cianosis, retirar inmediatamente la sonda.
- Cuando se presenta resistencia al introducir la sonda, no usar fuerza, rotarla suavemente o probar en otra vía (la otra narina o la boca).
- Realizar aseo bucal con más frecuencia y lubricar sus labios para disminuir la sensación de resequeza que se produce al respirar por la boca.
- Al retirar la sonda cerrarla previamente para evitar bronco aspiración.
- Al fijar la sonda no hacer presión en el vestíbulo para evitar irritación de la mucosa nasal.

4.3 Succión Gastrointestinal.**Concepto:**

Son las maniobras que se efectúan para aspirar el contenido del estómago o intestino, a través de una sonda introducida por la boca o la nariz.

Objetivo:

Mantener la cavidad gastrointestinal libre de gases o secreciones con fines de estudio o tratamiento, o porque alteren el funcionamiento general de ésta.

Principio:

La distensión gástrica intestinal inhibe la motilidad del estómago.

Material y Equipo:

- Aparato de succión intermitente o red central.
- Pinza de Kelly.

Técnica:

- Conectar el aparato a la energía eléctrica y probar su funcionalidad, apagar el aparato (en la red central verificar la presión de aire).
- Adaptar la sonda al tubo del aparato de succión.
- Prender el aparato y graduar la presión de la succión (en la red central es abrir y graduar presión de aire).
- Fijar el tubo (manguera) en la cama con la pinza Kelly.

Medidas de Control y Seguridad:

- Evitar que la sonda se salga del lugar de colocación o se acode, fijándola.
- Vigilar periódicamente la permeabilidad de la sonda.
- Vigilar el foco piloto del aparato de succión.
- Vigilar la comodidad del derechohabiente o usuario.
- Dar cuidados especiales a la boca y nariz del derechohabiente o usuario para evitar resequedad.
- Anotar en los registros de enfermería las características del líquido succionado; cantidad, color, olor y aspecto.

4.4 Lavado Gástrico.**Concepto:**

Es el procedimiento que se realiza para vaciar la cavidad gástrica del contenido producido por sí misma o bien, por la introducción de sustancias.

Objetivo:

Remover y extraer del estómago sólidos, líquidos o sustancias tóxicas que estén causando patología al organismo.

Principio:

La mucosa gástrica es altamente absorbente de sustancias tóxicas debido al ácido clorhídrico.

Material y Equipo:

- Charola con:
- Equipo de lavado gástrico (riñón, vaso graduado y jeringa asepto).
- Soluciones heladas PRN.
- Toalla o similar.
- Guantes.
- Sonda Levin del calibre adecuado al derechohabiente o usuario.

Técnica:

- Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Lavarse las manos antes y después de realizar el procedimiento y cada vez que sea necesario.
- Explicar al derechohabiente o usuario sobre el procedimiento que se le realizará.
- Instalar al derechohabiente o usuario en posición de Fowler.
- Cubrir el tórax del derechohabiente o usuario con la toalla.
- Abrir el equipo y verter la solución indicada en el vaso graduado.
- Calzarse los guantes.
- Introducir la sonda.
- Aspirar con la jeringa asepto el contenido gástrico, cuantificando la cantidad.
- Introducir la solución indicada lentamente, con la jeringa asepto.
- Extraer el líquido lentamente.
- Repetir los pasos 9 y 10 cuantas veces sea necesario.
- Dejar cómodo y tranquilo al derechohabiente o usuario.
- Al término del procedimiento cerrar, dejar a derivación o retirar la sonda, según sea el caso.
- Retirar el equipo y darle proceso requerido en el cuarto clínico.
- Efectuar anotaciones correspondientes en los registros de enfermería.

Medidas de Control y Seguridad:

- No efectuar este procedimiento en casos de ingestión de sustancias corrosivas, como hipoclorito de sodio, gasolina.
- Cuando el líquido no retorne con facilidad, cambiar de posición al derechohabiente o usuario.
- Evitar la introducción del líquido en forma brusca.
- Si presenta alguna alteración o malestar, suspender el procedimiento y comunicar al médico.
- La utilización de agua helada está indicada en el sangrado de tubo digestivo activo.

4.5 Instalación de Sonda Sengstaken-Blakemore.**Concepto:**

Es la introducción de una sonda nasogástrica especial para inhibir el sangrado activo como consecuencia de varices esofágicas.

Objetivo:

Controlar una hemorragia masiva como consecuencia de varices esofágicas.

Principio:

El método de taponamiento esófago-gástrico con balón inhibe el sangrado.

Material y Equipo:

- Aparato de succión intermitente o red central.
- Charola con:
- Equipo de lavado de sonda.
- Atomizador nasal anestésico.
- Aplicadores.
- Gasas.
- Guantes.
- Hilo N° 30.
- Jeringa de 50 ml.
- Lubricante hidrosoluble.
- Manómetro.
- Dos pinzas de Kelly.
- Tela adhesiva.
- Toalla felpa o sustituto.
- Sonda Sengstaken-Blakemore.

Técnica:

- Lavarse las manos antes y después de realizar el procedimiento.
- Trasladar el equipo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Preparación psicológica del derechohabiente o usuario, brindándole una orientación adecuada.
- Colocar al derechohabiente o usuario en posición semifowler.
- Proteger el tórax del derechohabiente o usuario con la toalla.
- Insuflar los balones (esofágico y gástrico para probar su funcionalidad).
- Colocar la sonda en hielo.
- Disponer el equipo y colaborar con el médico en el procedimiento.

- Ministran anestesia local.
- Medir las longitudes de la sonda que será introducida, coloque el balón al nivel del apéndice xifoideas, posteriormente medir del apéndice xifoideas a la punta de la nariz y marcar la sonda.
- Lubricar los balones y la parte inferior de la sonda Sengstaken-Blakemore con gel hidrosoluble.
- Introduzca la sonda con los balones desinflados a través de la nasofaringe hasta el interior del estómago, o al menos hasta la marca.
- Proporcionar agua al derechohabiente o usuario para facilitar la introducción de la sonda.
- Proporcionar manómetro para insuflar el globo gástrico con 300 ml. de aire, pinzar la porción cnica de éste globo a 3 cm del extremo terminal, atar con hilo y doble nudo para impedir la fuga de aire y retirar la pinza.
- Insuflar el globo esofágico a una presión de 25 a 30 mm Hg, pinzar y atar de igual forma que el anterior.
- Fijar la sonda a la nariz.
- Hacer la tracción de la sonda.
- Aspirar todo el contenido gástrico y realizar lavado gástrico.
- Conectar la sonda a succión gástrica (por razones necesarias).
- Realizar aseo bucal.
- Proporcionar pañuelos desechables para que el derechohabiente o usuario elimine la saliva.
- Dejar cómodo y tranquilo al derechohabiente o usuario.
- Retirar el equipo y dar los cuidados posteriores a su uso.
- Efectuar las anotaciones correspondientes en la hoja de enfermería.

Medidas de Control y Seguridad:

- La sonda esofágica no deberá ser mayor de 45 mm Hg.
- Vigilar características del contenido gástrico.
- Detectar y reportar signos de desequilibrio hídrico, de problemas circulatorios y respiratorios.
- Vigilar que se desinflen los globos cada 8  12 horas durante 5 minutos.
- Conservar la posición fowler.
- Aspiración frecuente de secreciones nasofargeas.
- Irrigar la sonda PRN para mantenerla permeable.
- Desinflar los balones y retirar la sonda de inmediato ante la presión de insuficiencia respiratoria aguda.

4.6 Irrigación de Colostomía.

Concepto:

Son las maniobras que se efectúan para limpiar el intestino a través de un estoma en la pared abdominal.

Objetivo:

- Vaciar el contenido del colon como: heces, moco o gas.
- Prepararlo para estudios con medio de contraste o intervención quirúrgica.
- Establecer un modelo regular de evacuación de manera que puedan llevarse a cabo las actividades diarias normales.

Principios:

- La colostomía es compatible con la participación activa en la vida social y de trabajo.
- Un flujo lento ayuda a relajar el intestino y facilita el paso de la sonda.

Material y Equipo:

- Cómodo.
- Tripié.
- Charola con:
- Riñón.
- Equipo de irrigación.
- Jeringa asepto.
- Pinza Rochester o Kelly.
- Bolsa de colostomía.
- Círculos de karaya (opcional, con algunas bolsas ya no es necesario).
- Gasas.
- Guantes.
- Jabón líquido.
- Lubricante.
- Medicamentos indicados.
- Sonda Nélaton calibre, dependiendo del tamaño del estoma (del 18 al 24 Fr.).
- Solución indicada.
- Hule y toalla o similar.

Técnica:

- Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Explicar al derechohabiente o usuario sobre el procedimiento que se le va a realizar y el fundamento lógico del mismo.
- Proteger la cama con el hule clínico y la toalla.
- Si el derechohabiente o usuario está encamado, dar posición semifouler y sentado si el procedimiento se realiza en el baño.
- Descubrir solamente la región colostomizada.
- Retirar la protección.
- Preparar el recipiente con la solución indicada para la irrigación o el lavado.
- Instalar el recipiente de la solución en el tripié a 45 cm de altura sobre el nivel de la colostomía y purgar el tubo y pinzarlo.
- Colocar el recipiente en forma de riñón debajo de la colostomía y pedir al derechohabiente o usuario que lo sostenga.
- Colocar lubricantes en una gasa y calzarse los guantes.
- Lubricar la sonda e introducirla suavemente por el estoma de 7 a 15 cm. y conectar con el tubo de irrigación.
- Retirar la pinza del tubo irrigador y dejar fluir lentamente el agua indicada, ésta debe entrar en el colon durante unos 10 a 15 minutos.
- Retirar la sonda y dejar que la solución y las heces salgan al recipiente en forma de riñón, vaciándolas posteriormente al cómodo que permanece tapado.
- Esperar aproximadamente una hora a que salga el resto del líquido.
- Irrigar con la jeringa asepto el medicamento que el derechohabiente o usuario tenga prescrito.
- Lavar y secar la región protegiendo la piel circundante con el medicamento indicado.
- Colocar círculo de karaya en la periferia del estoma, para la protección de la piel.
- Dar comodidad al derechohabiente o usuario.
- Retirar el equipo y dar los cuidados posteriores a su uso.
- Efectuar las anotaciones correspondientes en los registros de enfermería.

Medidas de Control y Seguridad:

- Lavarse las manos cuantas veces sea necesario.
- No introducir una cantidad mayor de 500 ml. de la solución en una sola ocasión, excepto por indicación médica.
- Suspender la irrigación en presencia de dolor, sangre o algún otro síntoma.

- No forzar la introducción de la sonda, ya que se puede provocar perforación intestinal.
- La irrigación debe efectuarse a la misma hora todos los días, se elegirá una hora adecuada, de preferencia después de una comida, de manera que se ajuste a la actividad del paciente al salir del hospital.
- Efectuar el aseo y cambio de bolsa cuantas veces sea necesario.
- Evitar cualquier contacto con secreciones.
- Enseñar al derechohabiente o usuario a efectuar el aseo antes de que salga del hospital.
- Evitar mojar al derechohabiente o usuario y la cama.
- La solución debe estar a 37° C de temperatura.
- Registro de fecha y hora de irrigación, tipo y volumen de solución irrigadora, características del drenaje, consistencia, color y volumen y color del estoma.

4.7 Enema Evacuante.

Concepto:

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

Objetivo:

Efectuar la limpieza de la porción terminal del colón mediante la introducción rectal de sustancias con fines de diagnóstico y tratamiento.

Principios:

- Las soluciones emolientes reblandecen las materias fecales y estimulan el peristaltismo.
- En el colón 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:
- Irrigador de 2000 ml. con tubo de goma de un metro de longitud y pinza de obturación.
- Equipo desechable de enema.
- Sonda de Nélaton No. 28 a 30 para adultos y 14 a 16 para niños.
- Soluciones y sustancias medicamentosas indicadas.
- Lubricantes hidrosolubles.
- Guantes.
- Recipiente en forma de riñón.

- Gasas y tela adhesiva.
- Papel sanitario.
- Cómodo con cubierta.
- Tripié o gancho portasueros.

Técnica:

- Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Lavarse las manos antes y después del procedimiento y cuantas veces sea necesario.
- Explicar al derechohabiente o usuario la razón del procedimiento.
- Aflojar la ropa de cama y bajar hacia los pies el cobertor y la colcha.
- Retirar la almohada.
- 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/o el irrigador y colgarlo en el tripié a una altura de 50 cm máximo y obturar el tubo conector.
- Conectar la sonda al tubo conector, lubricar y purgarla.
- Calzarse los guantes.
- Con una mano separar los glúteos 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 y permitir al derechohabiente o usuario que evacúe si lo solicita.
- Colocar el cómodo cuando el derechohabiente o usuario lo solicite y proporcionarle papel sanitario para la limpieza del recto, asistirlo si es necesario.
- Repetir las maniobras si es necesario para continuar pasando las soluciones o sustancias de acuerdo con la indicación médica.
- Retirar el cómodo y arreglar al derechohabiente o usuario.
- Retirar el equipo y darle los cuidados posteriores a su uso.
- Efectuar las anotaciones correspondientes en los registros 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.
- Utilizar preferentemente para el enema equipo desechable, salvo indicación médica.
- Vigilar que se ministre la solución a la temperatura indicada.
- Evitar la entrada de aire al recto, pinzando oportunamente el tubo conector.

4.8 Irrigación Vaginal.

Concepto:

Son las maniobras que se efectúan para irrigar la cavidad vaginal, con fines de diagnóstico y tratamiento.

Objetivo:

Asear la cavidad vaginal para contrarrestar la irritación o la infección de la mucosa y aplicar posteriormente sustancias medicamentosas.

Principio:

La vagina se protege de la infección por medio de su pH, ácido y la presencia de bacilos de Doderlein.

Material y Equipo:

- Equipo para aseo vulvar.
- Charola con:
- Equipo desechable.
- Guantes estériles.
- Solución indicada a temperatura adecuada.
- Cómodo con cubierta.
- Recipiente en forma de riñón.
- Sonda Nélaton de calibre adecuado.

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 usuaria.
- Explicar la razón del procedimiento.
- Dar privacidad a la derechohabiente o usuaria y arreglar la ropa de cama para efectuar el aseo vulvar.
- Dar posición a la derechohabiente o usuaria.

- Colocar el cómodo.
- Efectuar el aseo siguiendo el procedimiento indicado.
- Colocar el equipo con la solución indicada a una altura menor de 45 cm sobre el nivel de la cama y purgar el tubo conector.
- Calzarse los guantes.
- Separar los labios mayores e introducir la sonda suavemente en el orificio vaginal. De 5 a 6 cm de profundidad.
- Permitir que la solución pase a la vagina lentamente hasta que se termine, girar un poco la sonda y se irriga todas las zonas de la vagina.
- Retirar la sonda y colocarla en el recipiente en forma de riñón, ofrezca papel higiénico a la derechohabiente o usuaria para secarse el periné.
- Secar la región, darle comodidad a la derechohabiente o usuaria.
- Retirar el equipo y dar los cuidados posteriores a su uso.
- Efectuar las anotaciones correspondientes en los registros de enfermería.

Medidas de Control y Seguridad:

- Evitar que se mojen las ropas de la derechohabiente o usuaria y de la cama.
- Proporcionar papel higiénico o sanitas a la derechohabiente o usuaria en caso necesario.
- Proporcionar el apósito a la derechohabiente o usuaria en caso necesario.
- No usar soluciones a temperaturas extremas, verificar sea la indicada.
- El lavado vaginal se efectuará por indicación médica.
- Orientar a la derechohabiente o usuaria de cuidados específicos que podrá realizarlos en casa.

4.9 Cuidados de Traqueostomía.**Concepto:**

Son los procedimientos que se efectúan para mantener permeable la cánula de traqueostomía por medio de su aseo, facilitando que el derechohabiente o usuario respire libremente.

Objetivo:

Facilitar la respiración, manteniendo el libre flujo de aire del derechohabiente o usuario con el medio ambiente y evitar infecciones agregadas.

Principio:

El libre intercambio gaseoso del derechohabiente o usuario, favorece su estado de salud.

Material y Equipo:

- Aparato de succión o red central.
- Charola con:
- Frascos estériles con solución fisiológica.
- Sondas del número adecuado para aspiración.
- Cánula, endocánula y mandril estériles, del número de la que tenga instalada el derechohabiente o usuario.
- Paquete de gasa estéril.
- Recipiente con agua bicarbonatada.
- Guantes estériles.
- Cinta de algodón.
- Lápiz y papel.
- Bolsa para desechos.
- Jeringa hipodérmica de 5 cc.

Técnica:

- Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Lavarse las manos antes y después del procedimiento y cuantas veces sea necesario.
- Explicar la razón del procedimiento al derechohabiente o usuario y proporcionarle lápiz y papel para comunicarse (en caso necesario).
- Colocar al derechohabiente o usuario en posición de Fowler o semifowler, si no existe contraindicación médica.
- Descubrir la región retirando la gasa sucia.
- Conectar la sonda al tubo en “Y” y encender el aspirador, probando su funcionamiento.
- Calzarse el guante estéril.
- Introducir la sonda en el frasco de solución para lubricarla.
- Obturar la sonda e introducirla suavemente dentro de la cánula interna y después de las vías respiratorias aproximadamente de 25 a 30 cm.
- Aspirar las secreciones haciendo movimientos giratorios con la sonda de 10 a 15 segundos para aspirar bronquio derecho o izquierdo.
- Aspirar pequeñas cantidades de solución fisiológica para limpiar la sonda, cerciorarse que está permeable.
- Hacer que el derechohabiente o usuario rote la cabeza del lado contrario.

- Dejar un periodo de 2 a 3 minutos entre una aspiración y otra si el estado del derechohabiente o usuario lo permite.
- Con la jeringa hipodérmica irrigar la endocánula si las secreciones son muy espesas y aspirar nuevamente.
- Repetir dicha maniobra cuantas veces sea necesario.
- Hiperoxigenar al derechohabiente o usuario en caso necesario.
- Aspirar pequeñas cantidades de solución para permeabilizar la sonda.
- Cambiar la endocánula por razón necesaria.
- Colocar nuevas gasas secas alrededor del orificio y verificar la fijación de la cánula.
- Observar las reacciones del derechohabiente o usuario.
- Dejar cómodo y tranquilo al derechohabiente o usuario.
- Efectuar las anotaciones en los registros de enfermería.
- Retirar el equipo sucio y darle los cuidados posteriores a su uso.

Medidas de Control y Seguridad:

- Vigilar constantemente al derechohabiente o usuario.
- Efectuar las aspiraciones según la indicación médica o con la frecuencia necesaria.
- Tener suficiente dotación de sondas estériles para su uso inmediato.
- Notificar al médico las características de las secreciones.
- Efectuar el cambio de endocánula cada vez que sea necesario sustituyéndola por otra estéril.
- La cánula externa la moviliza únicamente el médico.
- Si el derechohabiente o usuario tiene prescrito oxígeno, el catéter se coloca directamente a la traqueostomía.
- Detectar datos de hipoxia.
- Cambiar por turno el equipo de aspiración.
- Depositar los desechos en bolsa roja.
- El personal deberá protegerse con guantes y cubrebocas.

4.10 Determinación de Glucosa en Orina.**Concepto:**

Es la obtención de una muestra de orina para determinar los niveles de glucosa por medio de un reactivo.

Objetivo:

Conocer la cantidad de glucosa en la orina que orienta al médico hacia un diagnóstico y tratamiento adecuado.

Principio:

Cuando la concentración de glucosa en la sangre es alta, el riñón no reabsorbe toda la glucosa filtrada y ésta aparece en la orina, o bien cuando existe daño renal.

Material y Equipo:

- Pastilla de Clinitest (u otro reactivo similar).
- Tubo de ensaye.
- Gotero.
- Escala cromática.
- Orina a examinar.
- Agua.

Técnica:

- Explicarle al derechohabiente o usuario el procedimiento, sobre todo si es diabético recientemente diagnosticado para que el mismo se realice procedimiento.
- Preparar el equipo y trasladarlo al cuarto séptico.
- Recoger la orina del derechohabiente o usuario y llevarla al cuarto séptico.
- Colocar en un tubo de ensaye (utilizando gotero) cinco gotas de orina y diez de agua.
- Agregar la pastilla de reactivo y esperar a que termine la reacción.
- Agitar ligeramente el tubo 15 segundos y acercarlo a la escala cromática para hacer la lectura y anotarla.
- Dar al equipo los cuidados posteriores a su uso.
- Efectuar las anotaciones correspondientes en los registros de enfermería.
- Si se utiliza otro reactivo seguir las instrucciones correspondientes.

Medidas de Control y Seguridad:

- Lavarse las manos cuantas veces sea necesario.
- No dejar destapado el frasco del reactivo.
- No confundir la orina del derechohabiente o usuario.
- Cumplir las indicaciones médicas para el caso.
- Verificar instrucciones de cada reactivo y fecha de caducidad.

4.11 Determinación de Cuerpos Cetónicos en Orina.

Concepto:

Es la determinación de cuerpos cetónicos (acetona, ácido acetoacético y ácido betahidroxibutírico) a través de un reactivo de orina.

Objetivo:

Conocer la cantidad de cuerpos cetónicos en orina que ayuden al médico para establecer el diagnóstico y tratamiento.

Principio:

La presencia de cuerpos cetónicos en la orina es signo característico del metabolismo incompleto de las grasas.

Material y Equipo:

- Pastilla de Acetest (u otro reactivo similar).
- Toalla de Papel.
- Gotero.
- Escala cromática.
- Orina a examinar.

Técnica:

- Preparar el equipo y trasladarlo al cuarto séptico.
- Recolectar la orina del derechohabiente o usuario y llevarla al cuarto séptico.
- Colocar la pastilla de Acetest sobre el papel blanco.
- Agregar sobre la pastilla una gota de orina.
- Observar el color de la pastilla 45 segundos después y acercarla a la escala cromática para hacer la lectura y anotarla.
- Efectuar las anotaciones en los registros de enfermería.
- Dar al equipo los cuidados posteriores a su uso.

Medidas de Control y Seguridad:

- Lavarse las manos antes y después del procedimiento.
- No dejar destapado el frasco del reactivo.
- No confundir la orina del derechohabiente o usuario.
- Cumplir las indicaciones médicas dictadas para el caso.
- Verificar la caducidad del reactivo.

4.12 Participación en la Exploración Física.

Concepto:

Son las maniobras que realiza el personal de enfermería para asistir al derechohabiente o usuario durante la inspección, palpación, percusión y auscultación que efectúa el médico.

Objetivo:

Facilitar al médico la exploración para obtener la valoración del estado del derechohabiente o usuario.

Principio:

El respeto a la individualidad y la actitud amable de la enfermera influyen favorablemente en el estado emocional del derechohabiente o usuario.

Material y Equipo:

- Charola con:
- Estetoscopios de Pinard y biauricular.
- Baumanómetro.
- Estuche de diagnóstico con:
- Mango con pilas.
- Oftalmoscopio.
- Porta abatelenguas.
- Otoscopio y rinoscopio.
- Espejos de diferentes calibres.
- Abatelenguas e hisopos.
- Cinta métrica.
- Martillo de reflejos.
- Alfileres.
- Lápiz dermatográfico.
- Equipo de termometría.
- Báscula con estadímetro.
- Bolsa de desechos.
- Recipiente con torundas húmedas.
- Riñón con solución jabonosa.
- Papel Kraft.

- Guantes estériles.
- Jalea lubricante.
- Equipo de exploración vaginal o rectal.
- Hojas de registros de enfermería.

Técnica:

- Lavarse las manos antes y después del procedimiento y cuantas veces sea necesario.
- Preparar el equipo y trasladarlo al lugar de la exploración o a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Explicar al derechohabiente o usuario en qué consiste el procedimiento, si su edad y condiciones generales lo permiten.
- Ayudarlo a subir a la mesa de exploración y auxiliarlo a colocarse en la posición indicada, cuando sea necesario.
- Obtener los signos vitales y somatometría, entregar al médico los datos completos de: peso, talla, temperatura, pulso, respiración y tensión arterial.
- Respetar la individualidad del derechohabiente o usuario y asistirlo durante la exploración.
- Efectuar los procedimientos indicados por el médico y proporcionar la información requerida.
- Proporcionar al médico los elementos necesarios para realizar la exploración por aparatos y sistemas.
- Ayudar al derechohabiente o usuario a bajar de la mesa de exploración (cuando ahí se realice la exploración), a vestirse y darle comodidad en su unidad.
- Instruir al derechohabiente o usuario en la conducta a seguir en su tratamiento.
- Recoger el equipo y darle los cuidados posteriores a su uso.
- Efectuar las anotaciones necesarias en los registros de enfermería y dar al expediente clínico el trámite indicado.

Medidas de Control y Seguridad:

- Lavarse las manos cuantas veces sea necesario.
- Respetar la privacidad del derechohabiente o usuario y descubrir únicamente la región por explorar.
- Evitar corrientes de aire al derechohabiente o usuario.

4.13 Cuidados Preoperatorios del Derechohabiente o usuario.**Concepto:**

Son los procedimientos que se realizan al derechohabiente o usuario que será intervenido quirúrgicamente.

Objetivo:

Lograr las mejores condiciones psicobiológicas del derechohabiente o usuario para el acto operatorio.

Principio:

La eficacia en la preparación del derechohabiente o usuario disminuye el riesgo quirúrgico y ayuda a una mejor recuperación.

Cuidados Mediatos:

Son las acciones que se realizan a partir de su ingreso del derechohabiente o usuario hasta dos horas antes de la cirugía.

Cirugía Programada:

- Recibir al derechohabiente o usuario con expediente y verificar la programación de cirugía.
- Ubicar al derechohabiente o usuario en la unidad correspondiente.
- Identificar al derechohabiente o usuario (colocar brazaletes en el miembro superior derecho con los datos: nombre, número de expediente, número de cama y servicio).
- Orientar al derechohabiente o usuario sobre las normas del hospital, verificar que la carta de autorización a la cirugía esté firmada y los exámenes de laboratorio y gabinete sean recientes.
- Colocar letrero de ayuno en la cabecera del derechohabiente o usuario y explicar la importancia del mismo.
- Informar al médico del ingreso para valoración del estado del derechohabiente o usuario.
- Efectuar preparación física.
- Aseo general (cortar y despintar uñas, retiro de prótesis).
- Preparación del área para operar (tricotomía).
- Enema evacuante en caso necesario.
- Tomar y registrar signos vitales.
- Facilitar los cuidados espirituales que solicita, respetando sus creencias.

Cuidados Inmediatos:

Este periodo comprende de 1 a 2 horas antes de la intervención hasta la entrega del derechohabiente o usuario en la sala de operaciones.

Cirugía Programada:

- Aseo general.
- Medir y registrar los signos vitales.
- Notificar al médico la presencia de alteración en los signos vitales y/o cuadro gripal.
- Canalizar vena con solución indicada.
- Ofrecer cómodo y orinal.

Preparación Física:

- Colocar camisión quirúrgico.
- Revisar área pre-operatoria.
- Colocar capelina y vendaje de miembros inferiores.
- Seguir la indicación pre-anestésica y/o medicamentos según la cirugía.
- Corroborar que el expediente se encuentre completo.
- Solicitar al camillero el traslado del derechohabiente o usuario.
- Acompañar al derechohabiente o usuario para su entrega en el quirófano al personal de enfermería.
- Una vez entregado el derechohabiente o usuario al quirófano se prepara la unidad del derechohabiente o usuario dejando la cama con tendido post quirúrgico.

Cirugía de Urgencia:

Son los procedimientos que se realizan al derechohabiente o usuario cuando se determina la intervención de forma urgente.

- Identificar al derechohabiente o usuario, colocándole pulsera con el nombre, número de cama, número de cédula y hora en que llega al servicio.
- Cambiar la ropa del derechohabiente o usuario por un camisión quirúrgico.
- Colocar capelina, piñeras o vendas en los miembros inferiores del derechohabiente o usuario.
- Verificar si en las órdenes médicas hay prescripción de enema, instalación de venoclisis y medicamentos preanestésicos.
- Efectuar la preparación de la región pre operatoria.
- Ofrecer cómodo al derechohabiente o usuario y verificar si hay indicación de sondeo vesical.
- Corroborar la hora de intervención en el quirófano.
- Arreglar e integrar al expediente clínico, resultados de exámenes de urgencias y radiografías.
- Monitoreo de los signos vitales y registrarlos así como actividades realizadas.
- Ayudar al camillero al traslado del derechohabiente o usuario a la camilla.
- Acompañarlo hasta el quirófano y entregarlo a la enfermera circulante junto con el expediente clínico completo.

Medidas de Control y Seguridad:

- Lavarse las manos.
- Verificar el estado de los equipos que se utilizarán en los diferentes procedimientos.
- Revisar cuidadosamente las indicaciones del médico referentes a:
- Área de preparación quirúrgica.

- Medicamentos y hora de ministración.
- Instalación de sondas y venoclisis.
- Verificar sean retirados prótesis dentarios.
- Verificar que los trámites administrativos para la intervención se hayan cumplido:
- Solicitud de operaciones.
- Solicitud de Banco de Sangre.
- Evitar lesionar o irritar la piel durante la preparación.
- Notificar de inmediato al médico la presencia de efectos inesperados en la aplicación de los medicamentos preanestésicos.
- Notificar de inmediato la presencia de alteraciones de los signos vitales.
- Ser especialmente tolerante y comprensiva con el derechohabiente o usuario y los familiares.
- Verificar el número de cama en Hospitalización, así como la preparación de la cama de anestesia.

4.14 Cuidados Postoperatorios del Derechohabiente o Usuario.

Concepto:

Son los procedimientos que se realizan para restablecer el equilibrio fisiológico del derechohabiente o usuario, prevenir el dolor y/o complicaciones.

Objetivo:

Anticipar y prevenir las complicaciones del dolor y coadyuvar a que el derechohabiente o usuario tenga una pronta recuperación favorable.

Principio:

La valoración cuidadosa y la intervención inmediata ayudan al derechohabiente o usuario a recuperar la función normal con rapidez, seguridad y comodidad como sea posible.

Cuidados Inmediatos:

Comprendiéndose entre el periodo en que se coloca el apósito de la herida quirúrgica hasta el tiempo de permanencia en recuperación.

- Recibir al derechohabiente o usuario con su expediente clínico correspondiente.
- Mantener vías aéreas permeables.
- Conectar y mantener el funcionamiento de los aparatos de drenaje, succión y venoclisis; monitorizar signos vitales cada 15 minutos las primeras dos horas o según condiciones del derechohabiente o usuario.
- Vigilar y asistir al derechohabiente o usuario en presencia de náusea y vómito.

- Revisar las condiciones de apósito y vendaje.
- Detectar e informar cualquier signo y síntoma que presente el derechohabiente o usuario y pueda complicar su recuperación.
- Notificar de su egreso del derechohabiente o usuario al servicio correspondiente informando las condiciones del mismo.
- Solicitar al camillero para efectuar el traslado.
- Entregar al derechohabiente o usuario al servicio de Hospitalización junto con su expediente clínico.

Cuidados Mediatos:

Comprende desde que el derechohabiente o usuario es recibido en la unidad procedente de recuperación hasta su egreso.

- Recibir al derechohabiente o usuario y colocarlo en su cama.
- Continuar con el monitoreo de signos vitales.
- Vigilar herida quirúrgica.
- Detectar la aparición de signos y síntomas que puedan complicar la recuperación (estado de conciencia, diuresis, respuesta a estímulos externos y dolorosos).
- Proporcionar cuidados especiales, como aspiración de secreciones, aplicación de frío, calor, irrigaciones, etc.
- Administración de analgésicos y otros medicamentos indicados.
- Ayudar y enseñar al derechohabiente o usuario a movilizarse.
- Dar orientación al derechohabiente o usuario y familia sobre medidas terapéuticas y dietéticas que debe seguir.

Medidas de Control y Seguridad:

- Lavarse las manos antes y después del procedimiento.
- Verificar el estado de los equipos que se utilizarán en los diferentes procedimientos.
- Vigilar constantemente al derechohabiente o usuario inconsciente.
- Mantener permeables los tubos, sondas, drenes y venoclisis, así como el que estén correctamente instalados.
- Observar la presencia de hipotermia, hipertermia, calofríos, hipotensión, hipertensión, bradicardia, taquicardia y avisar al médico.
- Administrar estrictamente la dosis de narcóticos o analgésicos que se aplican a un derechohabiente o usuario.
- Evitar la formación de úlceras por decúbito, instruir al derechohabiente o usuario sobre los movimientos o ejercicios permitidos.

4.15 Cuidados de la Convalecencia del Derechohabiente o Usuario.**Concepto:**

Son las acciones que se realizan a un derechohabiente o usuario entre el período de recuperación y retorno a su estado de salud y egreso.

Objetivo:

Reintegrar al derechohabiente o usuario a su ambiente biopsicosocial, en las mejores condiciones de salud e iniciar su rehabilitación.

Principio:

La transición entre el estado de salud o enfermedad es una experiencia compleja y distinta en cada individuo.

Cuidados en esta Etapa:

- Vigilar que el aseo y arreglo personal sean los indicados.
- Vigilar la higiene de la unidad del derechohabiente o usuario y su arreglo.
- Seguir con cuidado las prescripciones médicas y efectuar los cambios indicados.
- Vigilar y ayudar al derechohabiente o usuario a levantarse por primera vez, sin dejarlo solo.
- Tomar y registrar sus signos vitales.
- Vigilar los cambios en las prescripciones dietéticas.
- Asistir al médico en las curaciones.
- Retirar los aparatos que dejan de ser útiles y guardarlos en su sitio, cumpliendo las normas para su cuidado.
- Ayudar a la rehabilitación y recreación del derechohabiente o usuario.
- Llevar el control de tiempo de instalación de catéteres, sondas y tubos e informar al médico.
- Instruir al derechohabiente o usuario sobre manejos específicos que deba saber (colostomía, glucosurias, cetonurias, traqueostomías) antes de ser dado de alta.
- Orientar al derechohabiente o usuario sobre las actividades que puede realizar y estimularlo para recuperar su independencia.

Medidas de Control y Seguridad:

- Lavarse las manos antes y después de iniciar algún procedimiento.
- Recordar que la Institución es responsable de los derechohabientes o usuarios hospitalizados en las diferentes etapas.
- Evitar accidentes en los baños, en salas y demás áreas.
- Consultar el expediente cuantas veces sea necesario.
- En caso de duda sobre algún tratamiento, preguntar al médico responsable o Jefe de Servicio.

4.16 Atención a los Derechohabiente o usuarios en Urgencias.

Concepto:

Son los procedimientos que se efectúan para atender a los derechohabientes o usuarios con alteraciones psíquicas y/o somáticas agudas que ponen en peligro la integridad física y la vida.

Objetivo:

Coadyuvar con el equipo de salud a la conservación integral del individuo con atención oportuna, continua y libre de riesgo.

Principio:

La eficiencia en la atención de enfermería de urgencias depende del conocimiento de las bases científicas y de los procedimientos que el personal tenga al aplicarlos.

Material y Equipo:

- Para conservar la permeabilidad de las vías respiratorias superiores:
- Equipo de paro (carro azul).
- Equipo de traqueostomía.
- Aparato de succión.
- Nebulizadores y humidificadores.
- Ventiladores mecánicos de volumen y presión.
- Para la atención de hemorragias:
- Equipo de curación y hemostasia.
- Equipo para transfusión.
- Brazaletes de presión.
- Vendas elásticas.
- férulas de madera.
- Torniquetes o ligaduras para miembros.
- Soluciones endovenosas y hemoderivados, según prescripción.
- Sondas de Chaines–Stokes.
- Equipo de succión gástrica.
- Para lavado mecánico en traumatismos y heridas:
- Carro para curaciones con equipo completo y suturas necesarias, férulas y vendas de yeso.
- Para atención de quemaduras:

- Equipo para choque.
- Equipo de curaciones.
- Medicamentos y soluciones específicos.
- Para atención de intoxicación aguda:
- Equipo para lavado gástrico.
- Medicamentos y soluciones específicos
- Sondas nasogástricas de diferentes calibres.
- Para atención obstétrica:
- Guantes estériles.
- Equipo para aseo vulvar.
- Equipo de tricotomía.
- Equipo de atención de parto:
- Equipo de ropa para parto o compresas estériles.
- Equipo para la atención de recién nacido.
- Espejos vaginales.
- Equipo para revisión ginecológica.
- Para completar la atención general es necesario tener los siguientes equipos:
- Equipo para administración de medicamentos.
- Equipo para toma de signos vitales.
- Equipo para aplicación de venoclisis y transfusiones.
- Equipo para aseo, arreglo y comodidad del derechohabiente o usuario.
- Electrocardiógrafo.
- Monitor.

Técnica:

- Recibir, instalar y colocar al derechohabiente o usuario en la posición indicada lo más rápidamente y tranquilizarlo de ser posible.
- Llamar al médico de inmediato.

- Proceder a efectuar las actividades propias de enfermería según el caso y asistencia al médico en los procedimientos específicos:
- Toma de signos vitales.
- Permeabilidad de vías respiratorias.
- Posición específica.
- Instalación de oxígeno, aspirador, electrocardiógrafo.
- Preparar el equipo y material necesarios según indicación médica.
- Participar con el médico en la exploración, valoración y tratamiento.
- Proporcionar apoyo emocional al derechohabiente o usuario ya que generalmente mantiene sus funciones sensoriales.
- Proteger la individualidad del derechohabiente o usuario y proporcionarle medidas de seguridad, protección y comodidad.
- Efectuar las anotaciones correspondientes en la hoja de registros de enfermería.
- Atender la indicación médica para el traslado del derechohabiente o usuario dentro o fuera del servicio o efectuar los trámites.
- Ayudar al traslado del derechohabiente o usuario y entregarlo a la enfermera del servicio correspondiente.
- Retirar el equipo y dar los cuidados posteriores a su uso.

Medidas de Control y Seguridad:

- Lavarse las manos cuantas veces sea necesario.
- Movilizar al derechohabiente o usuario de manera adecuada para evitar complicaciones.
- Evitar cambios de temperatura al derechohabiente o usuario.
- Evitar dejar solo al derechohabiente o usuario.
- Mantener el equipo en buenas condiciones de funcionamiento.
- Desarrollar los procedimientos siguiendo las normas de asepsia.
- Proporcionar al derechohabiente o usuario la orientación necesaria, de acuerdo a sus condiciones de salud.
- Evitar negligencias en el servicio.
- Conservar dotación suficiente de material de consumo.
- Mantener en óptimas condiciones de funcionamiento el equipo electromédico.
- Tener el mantenimiento preventivo y correctivo de equipos.

4.17 Cuidados de Enfermería en el Estado de Choque.

Concepto:

Son los procedimientos que se efectúan para resolver previamente la disfunción sanguínea en que el estado circulatorio no satisface las demandas metabólicas de los tejidos.

Tipos de Choque:

Anafiláctico:	Liberación súbita de grandes cantidades de histamina.
Tóxico:	Infección generalizada, puede deberse en parte a los efectos de la endotoxina o de otros mediadores químicos sobre los vasos de la resistencia dando origen a vasodilatación y disminución de la resistencia vascular.
Hipovolémico:	Volumen intravascular inadecuado (absoluto o relativo), que da lugar a una repleción ventricular disminuida y una reducción del volumen-latido, que origina un gasto cardíaco reducido.
Cardiogénico:	Insuficiencia cardíaca (ventricular) que produce hipoperfusión celular.
Neurogénico:	Disminución del tono vascular.

Objetivo:

Restablecer y mantener la perfusión y corrigiendo las anormalidades fisiológicas en el menor tiempo posible.

Principio:

La disminución generalizada del volumen de sangre circulante se acompaña, al inicio, de taquicardia y contricción de los pequeños vasos, si ésta persiste se presenta colapso circulatorio con reducción del trabajo cardíaco (hipoperfusión).

Material y Equipo:

- Equipo de paro carro azul.
- Equipo de traqueostomía.
- Equipo de venodisección.
- Equipo de cirugía menor.
- Equipo de cateterismo.
- Equipo gástrico.
- Equipo de aspiración.
- Equipo de signos vitales.
- Equipo de soporte ventilatorio.
- Material de consumo: Gasas, apósitos, adhesivas, vendas, jeringas, etc.
- Equipos para instalación de PVC, medicamentos y soluciones.

Técnica:

- Trasladar el equipo y material a la unidad del derechohabiente o usuario.

- Tomar signos vitales.
- Mantener permeables las vías aéreas superiores:
- O₂ retrofaríngeo con humidificación térmica.
- Posición decúbito dorsal con hiperextensión cervical y los pies ligeramente elevados para mejorar el retorno venoso.
- Llamar al médico de inmediato.
- Canalización de vena para P.V.C.
- Cuidados especiales en:
- Monitoreo de signos vitales.
- Instalación de sonda Foley.
- Control de diuresis horario.
- Instalar sonda naso-gástrica.
- Vendaje de miembros inferiores hasta tercio medio del muslo.
- Aplicación de fuentes de calor (lámpara).
- Movilización y cambio de posición frecuente.
- Monitoreo de P.V.C.
- Control y balance de líquidos.
- Instalación de ventilador con parámetros indicados.
- Administración de medicamentos de acuerdo a prescripción médica.
- Retirar el equipo y dar los cuidados posteriores a su uso.
- Hacer las anotaciones correspondientes de las actividades realizadas en los registros de enfermería.

Medidas de Control y Seguridad:

- Cuidados especiales a derechohabientes o usuarios inconscientes:
- Alineación de segmentos.
- Colocar barandales de protección.
- Evitar dejar solo al derechohabiente o usuario.
- Evitar enfriamientos.
- Higiene personal (aseo de cavidades, baño general y/o parciales).

- Verificar identificación del derechohabiente o usuario.
- Vigilar permeabilidad de sondas y catéteres.
- Desarrollar los procedimientos siguiendo las normas de asepsia.
- Mantener el equipo en buenas condiciones de funcionamiento.
- Verificar que el material sea suficiente y el equipo se encuentre funcionando.

4.18 Medidas de Reanimación en la Urgencia Cardiorespiratoria.

Concepto:

Son las acciones que se realizan en la detección súbita de la actividad cardíaca y/o respiratoria potencialmente reversible.

Objetivos:

- Restablecer lo más pronto posible la función cardiorespiratoria y corregir las alteraciones metabólicas producidas por el paro.
- Evitar la hipoxia para prevenir un deterioro neurológico o la muerte.

Principio:

Las células del organismo necesitan un aporte adecuado de oxígeno transportado por la sangre y, específicamente las células del tejido nervioso se lesionan si no reciben oxígeno; tales lesiones son irreversibles si el período de anoxia se prolonga más de tres minutos.

Material y Equipo:

- Equipo de paro cardíaco (carro azul).
- Equipo de intubación:
- Dos hojas rectas para laringoscopio números 3 y 4.
- Cinco sondas Rush 32, 34, 36 38 y 40.
- Cánula de Guedel No. 5.
- Hoja curva para el laringoscopio No. 4.
- Mango de laringoscopio.
- Cuatro conectores números 7, 8, 9 y 10.
- Cinco adaptadores universales.
- Frasco atomizador con Xilocaína.
- Jeringa de 10 ml desechable.
- “Tabla de Paro” de 1.3 cms. de grosor.

- Bolsa de “ambú con mascarilla”.
- Electrocardiógrafo.
- Crema conductora.
- Tela adhesiva de 7.5 cm.
- Catéteres “Flebocat”.
- Punzocat Núm. 17 y 18.
- Catéteres para “P.V.C.”
- Dos catéteres para aspiración de diferentes calibres.
- Dos llaves de tres vías.
- Paquete de gasas estériles.
- Tres jeringas de 20ml.
- Cinco jeringas de 10 ml.
- Guantes estériles.
- Medicamentos:
 - 5 Ampolletas de adrenalina.
 - 10 Ampolletas de bicarbonato.
 - 1 Frasco de lidocaína.
 - 5 ámpulas de sulfato de magnesio.

Técnica:

- Actúe de inmediato tan pronto tenga la sospecha de ausencia de ruidos cardiacos, movimientos respiratorios, pulso y presión arterial.
- Observe y registre la hora en que se inició el paro.
- Proporcione al derechohabiente o usuario apoyo emocional, explicándole que se le está atendiendo.
- Dé golpes con el puño una o dos veces sobre la región precordial, no pierda más de tres segundos en esta maniobra.
- Coloque al derechohabiente o usuario en decúbito dorsal sobre una superficie dura “Tabla de paro” o en el suelo con hiper-extensión de la cabeza.
- Coloque la eminencia tenar o hipotenar de una de sus manos sobre la mitad inferior del cuerpo del esternón, y sobre ella apoye la otra mano, la presión ejercida deberá ser rítmica y suficiente para mover el esternón de tres a cinco centímetros hacia la columna vertebral.

- La compresión debe ser rápida con descompresión completa.
- Haga cuatro compresiones seguidas, dé un intervalo suficiente para realizar una insuflación (ventilación pulmonar).
- No espere, simultáneamente usted mismo puede dar la compresión cardíaca y ventilación pulmonar mientras llega otra persona.
- Asegúrese que las vías aéreas estén permeables (hiperextensión de la cabeza, aspiración de secreciones, alimentos y cuerpos extraños de la cavidad bucal).
- Inicie la ventilación pulmonar de inmediato con la bolsa de reanimación, introduciendo oxígeno.
- Colaborar con el médico en la intubación endotraqueal.
- Sincronice la ventilación con la compresión cardíaca, a razón de una insuflación por cada cuatro compresiones cardíacas.
- Instalación de cánulas endotraqueales y colocación de ventilador con los parámetros indicados.
- Canalizar vena con soluciones indicadas.
- Ministración de medicamentos específicos.
- Tomar muestra de sangre para determinar el equilibrio ácido básico.
- Monitorizar al derechohabiente o usuario.
- Hacer anotaciones de enfermería.
- Confirme que haya pulso adecuado y examine pupilas frecuentemente, cuando las maniobras de resucitación son eficientes el pulso debe ser amplio y las pupilas responden a la luz.
- Si no hay respuesta a lo anterior: corrobore la permeabilidad de vías aéreas y reinicie el procedimiento de reanimación, si continua sin respuesta de signos vitales abandone la maniobra después de 10 minutos.

Medidas de Control y Seguridad:

- Es contraindicación para efectuar las maniobras de paro cardiorespiratorio, los estadios terminales de la enfermedad.
- Establecer la dotación básica de medicamentos para estos casos.
- Cada área de trabajo o servicio de enfermería debe contar con el equipo necesario, suficiente y en óptimas condiciones de uso.
- El personal de enfermería, debe estar entrenado para trabajar en equipo y con oportunidad en el paro cardiorespiratorio.

4.19 Cuidados al Enfermo Agónico.**Concepto:**

Son los procedimientos que se realizan al derechohabiente o usuario en la fase terminal de la enfermedad que conduce a la muerte.

Objetivo:

Disminuir el sufrimiento que antecede a la muerte y satisfacer las necesidades espirituales del derechohabiente o usuario y de la familia.

Principio:

El debilitamiento progresivo de las funciones vitales provoca el estado de agonía del derechohabiente o usuario.

Material y Equipo:

Según los procedimientos de enfermería indicados para el tratamiento establecido.

Técnica:

- El requerido para el tratamiento instituido.
- Mantener vigilancia continua y estrecha del mismo.
- Cumplir las indicaciones a la brevedad posible.
- Proporcionar la mayor comodidad.
- Humedecer cuantas veces sea necesario los ojos y la boca del derechohabiente o usuario.
- Facilitar la presencia del consejero espiritual del derechohabiente o usuario.
- Efectuar las anotaciones correspondientes en los registros de enfermería.

Medidas de Control y Seguridad:

- Lavarse las manos p.r.n.
- Evitar accidentes al derechohabiente o usuario.
- Evitar dejarlo sin vigilancia.
- Evitar comentarios innecesarios acerca del estado del derechohabiente o usuario y familiar.
- Ser más humanitario con el derechohabiente o usuario y familiar.

4.20 Medidas Post Mortem.

Concepto:

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

Objetivo:

Entregar el cadáver identificado, limpio y estéticamente amortajado.

Principio:

Manifestar respeto al cadáver y al estado emocional de la familia.

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
 - Recipiente para desechos.
 - Tánico.

Técnica:

- Colocarse bata, cubrebocas y guantes.
- Cerrar los ojos del cadáver bajándole los párpados superiores.
- Preparar el equipo y trasladarlo al sitio donde va a amortajarse.
- Colocarse los guantes.
- 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.
- Peinar y rasurar si es necesario.
- Escribir dos membretes iguales en tela adhesiva, con los datos de:
 - Nombre completo.
 - Número de cédula.
 - Número de cama y unidad de procedencia.

- Fecha y hora del fallecimiento.
- Iniciales de la persona que amortaja e identifica el cuerpo.
- Pegar una tela adhesiva sobre el pecho del cadáver.
- 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.
- Llamar al camillero.
- 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 Trabajo Social o Admisión, según sea el caso.

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.

4.21 Manejo del Derechohabiente o Usuario en Aislamiento.**Concepto:**

Son los procedimientos que se efectúan para separar a un enfermo de los demás durante el período de transmisibilidad de la enfermedad, en condiciones que eviten la transmisión directa o indirecta del germen causal a otras personas susceptibles.

Objetivo:

Disminuir la incidencia de infecciones intrahospitalarias.

Principio:

Los gérmenes del medio ambiente entran al organismo por: tracto respiratorio, tubo digestivo, piel y mucosa.

Material y Equipo:

- Unidad del derechohabiente o usuario separada de las demás.
- Un carro con cubierta, mesa acondicionada que contenga todo el material necesario.
- Equipo individual de termometría.
- Cómodo, orinal y bandeja en forma de riñón exclusivo para el derechohabiente o usuario.
- Artículos personales del derechohabiente o usuario (peine, pasta y cepillo para dientes y otros).
- Tripies.
- Bata de aislamiento.
- Depósito con cubre bocas y gorros limpios (opcional).
- Lavabo con jabón germicida.
- Lavamanos con solución germicida.
- Bolsa roja para desechos.
- Toallas de papel desechables.
- Guantes (sí es necesario).
- Letrero “aislamiento” (estricto, protector).
- Otro equipo necesario para la atención del derechohabiente o usuario.
- Biombos (sí es necesario).
- Tánico y bolsa desechable de color específico.

Técnicas:**Instalación:**

- Informar al derechohabiente o usuario sobre el procedimiento.
- Trasladar al derechohabiente o usuario a una sala aislada si el padecimiento lo amerita y si es posible.
- Marcar el área con un letrero que diga “aislamiento”.
- Colocar el jabón germicida en el lavabo.
- En caso necesario colocar mesa Pasteur.
- Colocar en la mesa las toallas desechables y la bolsa de papel a un lado de ésta, sostenida con tela adhesiva.
- Colocar ahí mismo los cubrebocas limpios.

- Instalar cerca de la puerta el tripié y colocar la bata en el mismo, desdoblándola de tal manera que la parte interna y externa no se toquen.
- Instalar el equipo de signos vitales en la unidad del derechohabiente o usuario.
- Colocar en el interior de la unidad el cómodo, orinal y objetos personales del derechohabiente o usuario.
- Notificar a los servicios de Dietología, Trabajo Social e Intendencia, que el derechohabiente o usuario está en aislamiento.

Lavado de Manos:

- Abrir las llaves del lavabo sin tocar nada antes.
- Utilizar el jabón germicida, friccionar sus manos y enjuagarse el jabón con el agua.
- Secarse con toallas de papel y depositarlas en la bolsa para desechos.
- Cerrar las llaves sin tocarlas (usar otra toalla de papel desechable).
- Repetir este procedimiento antes y después del manejo del derechohabiente o usuario.

Manejo de la Bata Contaminada (Para Protección del Personal):

- Descolgar la bata y tomarla por debajo del cuello.
- Sostener la bata de manera que el lado limpio quede frente a usted; meter las manos deslizándolas en las mangas y con los antebrazos haciendo presión uno sobre otro, acomodar las mangas.
- Amarrar las cintas del cuello de la bata.
- Incliniéndose hacia un lado, tomar el cinturón y atarlo por la espalda, superponiendo las orillas hacia un mismo lado, siempre.
- Desarrollar la actividad programada.
- Proceder a quitarse la bata; soltar el cinturón y anudarlo al frente antes de lavarse las manos.
- Lavarse las manos perfectamente.
- Desatar las cintas del cuello.
- Introducir cuatro dedos en una mano por el puño del lado contrario para zafar la manga hasta la mitad, con esa mano (dentro de la manga) sostener la otra para quitársela completamente.
- Tomar la bata por el cuello, doblarla a la mitad, juntar los dos lados del cuello, de manera que la parte externa de la bata quede totalmente oculta.
- Tomar la bata y colgarla de los hombros (que han quedado juntos), recordando que la abertura queda del lado contrario al derechohabiente o usuario.
- Colocarla en el tánico cuando cambie de bata.

Uso del Cubrebocas:

- Tomar un cubrebocas limpio y colocárselo cubriendo la nariz y boca.
- Desarrollar la actividad programada.
- Lavarse las manos antes de quitarse el cubrebocas.
- Doblarlo con la parte externa hacia adentro y dejarlo caer en la bolsa de desechos.

Uso del Turbante o Gorro:

- Colocarse el turbante cubriendo el pelo totalmente.
- Desarrollar la actividad programada durante el turno.
- Lavarse las manos antes de quitarse el turbante.
- Quitárselo y depositarlo en la bolsa para desechos, si es de tela, manejarlo como ropa contaminada.

Uso de los Guantes:

- Utilizar un par diferente cada vez que se atienda al derechohabiente o usuario.
- Depositarlos en solución germicida después de usarlos. Si son desechables, depositarlos en la bolsa.
- Manejar como material contaminado los que se encuentran en solución germicida.

Manejo del Equipo, Instrumental, Material Reesterilizable y Utensilios:

- Colocar en solución germicida aquel equipo susceptible de ser esterilizado de esta manera, dejarlo durante dos horas como mínimo.
- Friccionar con solución germicida concentrada los objetos que sufran deterioro con el agua.
- Enviar al autoclave aquellos que permitan este tipo de esterilización.
- El cómodo y orinal, vaciarlos en el lavacómodos y esterilizarlos.
- Utilizar la cantidad de recipientes con solución germicida que sea necesaria para separar los utensilios según su uso.

Manejo de Ropa Contaminada:

- Retirar la bolsa del tánico, depositarla dentro de una bolsa de plástico color rojo, mantenerla cerrada hasta su envío a la lavandería, rotulándola como “infecciosa” y con el número de prendas.
- Manejo del material de consumo y desechos.
- Colocarlos siempre en la bolsa de plástico color rojo.

Medidas de Control y Seguridad

- Instalar al derechohabiente o usuario, efectuando las maniobras descritas para este procedimiento.
- Lavarse las manos antes y después de atender al derechohabiente o usuario.

- Evitar el manejo del derechohabiente o usuario aislado sin la protección adecuada.
- Manejar la bata de acuerdo al tipo de aislamiento.
- Evitar que la bata de aislamiento salga de la unidad del derechohabiente o usuario.
- Cambiar la bata de ser posible en cada turno.
- Utilizar ropa en buenas condiciones para cumplir función de aislamiento.
- Evitar poner objetos en contacto directo de ropa, derechohabiente o usuario o mobiliario de la unidad, en forma innecesaria.
- Evitar la introducción de objetos innecesarios en la unidad del derechohabiente o usuario.
- Utilizar un cubrebocas para cada derechohabiente o usuario.
- Evitar el uso de agentes químicos nocivos para el derechohabiente o usuario al hacer la desinfección.
- Vigilar que el aseo de la unidad se efectúe con solución germicida.
- Vigilar que los depósitos de desechos se cambien cada ocho horas.
- No guardar ni conservar objetos que el derechohabiente o usuario maneje durante su estancia y que por índole requieran ser incinerados.
- Practicar las medidas de higiene personal para evitar o disminuir el peligro de infecciones.
- Restringir la entrada de personal a la zona de aislamiento sin descuidar al derechohabiente o usuario.
- Efectuar las medidas necesarias para la desinfección terminal del área de aislamiento según el padecimiento de que se trate, dando aviso al servicio de conservación para que la lleve a cabo.
- Contar con un carro exclusivo para aislamiento con material necesario indispensable, evitar sobrantes, cubierto.
- Acondicionar una mesa con cubierta antes de entrar a la sala de aislamiento y verificar que se cuente con material necesario; si utiliza reloj, colocarlo en bolsa de nylon para evitar que se contamine.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Brunner L.S., Suddarth D.S. Manual de la Enfermería Médico-Quirúrgica, México, Editorial Interamericana, S.A., 1984, 2 v.
- Klusek Hamilton Helen, Manual de Procedimientos de Enfermería, México, Nueva Editorial Interamericana, S.A., 1986, 3 v.

TRANSITORIOS

PRIMERO. Publíquese el presente aviso por el cual se dan a conocer las Técnicas Específicas de Enfermería.

SEGUNDO Las Técnicas Específicas de Enfermería entrarán en vigor al día siguiente de su publicación en la Gaceta Oficial del Distrito Federal.

México, Distrito Federal, a 19 de Marzo de 2015.

(Firma)

DR. JOSÉ ARMANDO AHUED ORTEGA
SECRETARIO DE SALUD
