

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

00921
91



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

MANUAL

**DE PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO DE MEDICINA
INTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL HOMEOPATICO.**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A
HERNANDEZ RIVEROS SELENE**

No. DE CUENTA: 9660370-5



[Firma]
DIRECTORA DEL TRABAJO:

LIC. MA. DOLORES ZARZA ARIZMENDI

**ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

2500-03

MEXICO, D. F.,

**COORDINACION DE SERVICIOS
SOCIALES Y COMUNITARIOS
TECNICAS DE ENFERMERIA**

JUNIO 2003

A



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A MI ESPOSO E HIJOS
POR SU APOYO, SU AMOR Y SU COMPRESIÓN A UN EN MOMENTOS
DIFÍCILES.

A MIS SUEGROS
POR EL APOYO QUE ME BRINDARON INCONDICIONALMENTE
DURANTE EL INICIO DE LA CARRERA Y HASTA EL FINAL.

AMI MADRE
POR DARME LA VIDA Y SU AMOR INCONDICIONAL

A MIS HERMANAS Y MIS SOBRINOS
POR CREER EN MÍ Y APOYARME EN TODO MOMENTO.

A MIS CUÑADOS Y AMIGOS
QUE DE ALGUNA FORMA CONTRIBUYERON
PARA LA TERMINACIÓN DE LA CARRERA.

A LA JEFE DEL SERVICIO DE URGENCIAS
PILAR SANTILLAN
POR SU AMISTAD Y EL APOYO INCONDICIONAL PARA LA
ELABORACIÓN DE ESTE TRABAJO.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

"EL FUTURO NO PERTENECE A QUIENES SABEN
ESPERAR. SINO A QUIENES SABEN PREPARARSE"
M. ANJERO

"TODO TRÁFICO ESTÁ HECHO DE TRES FACTORES:
PREPARACIÓN, ESPERA Y OPORTUNIDAD"
M. ANJERO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONTENIDO

| PROCEDIMIENTO | PAGINA |
|---|--------|
| I PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS | |
| Enlace de turno..... | 1 |
| Admisión del paciente..... | 3 |
| Egreso del paciente..... | 5 |
| II PROCEDIMIENTOS GENERALES | |
| Valoración de los signos vitales..... | 7 |
| Valoración de peso y talla..... | 13 |
| Tendido de cama..... | 16 |
| Mantenimiento de la higiene del paciente..... | 18 |
| Lavado de manos..... | 31 |
| Medidas de comodidad y seguridad al paciente..... | 33 |
| Mecánica corporal..... | 34 |
| Movilización activa de articulaciones..... | 36 |
| Preparación y aplicación de medicamentos..... | 37 |
| Toma de reactivos..... | 52 |
| Instalación de venoclisis..... | 55 |
| III PROCEDIMIENTOS ESPECIFICOS | |
| Participación de enfermería en la termoterapia..... | 57 |
| Participación de enfermería en la monitorización cardiaca..... | 66 |
| Registro y valoración del trazo electrocardiográfico..... | 68 |
| Realización de lavado vesical..... | 72 |
| Participación de enfermería en la transfusión sanguínea y plasma..... | 76 |
| Realización de la fisioterapia pulmonar..... | 78 |
| Aspiración de secreciones..... | 88 |
| Cuidados de enfermería a pacientes con traqueostomía..... | 90 |
| Instalación de sonda orogástrica..... | 93 |
| Instalación de sonda nasogástrica..... | 95 |
| Alimentación enteral por sonda..... | 97 |
| Medición de la presión venosa central..... | 99 |
| Alimentación parenteral..... | 101 |
| Alimentación por gastrostomía o yeyunostomía..... | 104 |
| Instalación de sonda foley..... | 107 |
| Enema evacuante..... | 109 |
| Oxigenoterapia..... | 112 |
| Cambios de posición..... | 114 |
| Vendajes..... | 117 |
| Control de líquidos..... | 119 |
| Asistencia de enfermería durante el paro cardio-respiratorio..... | 121 |

| | |
|---|-----|
| Aislamiento..... | 123 |
| Cuidados al paciente en estado agónico..... | 125 |
| Amortajamiento..... | 127 |
| | |
| IV ANEXOS..... | 129 |
| Bibliografía..... | 133 |

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

El hospital nacional homeopático, es un hospital de segundo nivel de atención otorga servicios de atención ambulatoria, especialidad y de hospitalización, cuya resolución demanda procedimientos y servicios de mediana complejidad, efectuando además acciones de vigilancia epidemiológica y fomento sanitario.

El hospital nacional homeopático, es un hospital abierto porque brinda atención a todo paciente que recurre a el y cuenta con los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización, con las diferentes especialidades que son: cirugía general, medicina interna, gineco-obstetricia y pediatría, utilizando en el tratamiento la combinación de medicina alópata y la homeópata, predominando la homeopatía dentro de la consulta externa.

El servicio de medicina interna del hospital nacional homeopático atiende una población con problemas agudos y crónico degenerativos que demandan la eficiencia en la atención por el personal de enfermería.

El servicio de medicina interna tiene la necesidad de contar con un instrumento de trabajo que marque los lineamientos y estrategias que conlleven a la unificación de criterios que apoyen la habilidad y destreza con la que cuenta el personal de enfermería para la ejecución de procedimientos otorgados al paciente, así mismo facilite la jerarquización de las necesidades del mismo.

Se ha pretendido determinar únicamente algunas de las intervenciones de enfermería más habituales de nuestro entorno ante situaciones concretas.

El presente manual constituye una guía sobre procedimientos y actividades de enfermería, elaborada desde la perspectiva de la experiencia y la cultura del hospital, constituye de forma relevante al crecimiento y desarrollo de la disciplina enfermera al mismo tiempo nos permita apoyar en conjunto los conocimientos específicos que se podrán ampliar con una base científica durante el desarrollo de la práctica profesional, se ha utilizado una terminología coherente que hace más fácil la comunicación escrita.

Las acciones de enfermería que se encuentran dentro del manual van dirigidas a favorecer la participación del paciente y de la familia tanto en la promoción como en el mantenimiento y recuperación de la salud.

Este manual es una estrategia de intervención que nos permite alcanzar los objetivos propuestos y aprovechar los recursos del entorno con el fin de maximizar el valor del cuidado prodigado.

Las enfermeras deben encontrar y consolidar su identidad profesional, determinando lo que hacen, cómo lo hacen, y para quién lo hacen es por ello que son necesarios los cuidados adecuados que ofrecen cotidianamente.

La elaboración de este manual permite apoyar el conjunto de conocimientos específicos que amplía la base científica en el desarrollo de la práctica profesional.

Se divide en 4 apartados, el primero se refiere a los procedimientos administrativos, en este apartado el interesado encontrará aquellos procedimientos en los cuales la enfermera muestra sus habilidades y conocimientos para el manejo de papelería.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El segundo apartado es referente a los procedimientos generales en el cual el interesado encontrará aquellos procedimientos los cuales representan la base de la profesión los cuales la enfermera podrá realizar aun estando en algún otro servicio.

El tercer apartado es referente a los procedimientos específicos en el cual el interesado encontrará la información necesaria para la realización de los procedimientos que se llevan acabo propiamente en el servicio de medicina interna los cuales son propios de alguna patología en especial.

El cuarto apartado es de los anexos en el cual el interesado encontrará algunas especificaciones relevantes de algún tema en especial.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

OBJETIVOS:

GENERAL:

Establecer la unificación de criterios en los procedimientos que realiza el personal de enfermería, en los pacientes que demandan de la atención de dicho personal dentro del servicio de medicina interna y con ello minimizar la estancia del paciente en el servicio otorgando una atención holística por el personal de enfermería asignado al servicio de medicina interna.

ESPECIFICOS:

- 1.-contar con un instrumento técnico, normativo que guíe la atención de enfermería en el servicio de medicina interna.
- 2.-Lograr la unificación de criterios en la aplicación de los procedimientos que realiza el personal de enfermería
- 3.-Establecer normas y lineamientos para la ejecución de los procedimientos de enfermería frecuentes dentro del servicio de medicina interna.
- 4.-Mejorar la calidad de la atención de enfermería.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ENLACE DE TURNO

CONCEPTO

Es la recepción y entrega de pacientes con la información necesaria sobre el padecimiento, evolución, tratamiento, actividades que deben continuarse, para la recuperación del paciente así como los recursos materiales asignados a enfermería, completos y en orden.

OBJETIVO

Garantizar la continuidad en la atención del paciente y el control de los recursos, mediante la coordinación de las actividades de enfermería en los cambios de turno.

PRINCIPIOS

- a) Si los miembros del grupo están orientados principalmente hacia la cooperación del grupo tienden a ser más productivos.
- b) La coordinación es el elemento principal para el logro de un fin.
- c) Los extremos de las emociones pueden interferir con el pensamiento racional del comportamiento.

MATERIAL

Hoja de indicaciones médicas actualizadas y completas.

Hoja de registro clínico de enfermería (anexo 1).

Tarjeta de medicación del paciente.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Verificar que los registros de enfermería se encuentren actualizados, legibles completos y que proporcionen información relevante sobre la evolución del paciente.
- ❖ En el paciente se deberá verificar: Pulsera de identificación la cual deberá ser legible y colocada en alguna extremidad del paciente. Verificar que el paciente se encuentre aseado con su ropa limpia y seca.
- ❖ Verificar que los procedimientos generales y específicos se hayan realizado y que los catéteres, sondas, drenajes ó cánula, estén limpios, fijos y permeables con sus respectivos mambretes que especifiquen: fecha de instalación, hora, turno, fecha de curación, y nombre de la persona que realizó el procedimiento.
- ❖ Verificar que los controles de solicitudes de Interconsulta, Rx, estudios de laboratorio, transfusiones, gabinete e intervenciones quirúrgicas, estén marcados con el registro correspondiente de entregados, efectuados y/o pendientes.
- ❖ De los medicamentos informar la existencia de medicamentos poco usuales y especificaciones relevantes de los mismos.
- ❖ Del personal realizar las actividades pendientes con relación al paciente, participar todo el personal en las actividades de enlace de turno y permanecer en el servicio, hasta el término de entrega y recepción del mismo.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Efectuar la entrega y recepción del paciente en su unidad.
- ★ Verificar durante la recepción de los pacientes, que las indicaciones médicas hayan sido realizadas y en caso contrario aclarar los motivos por los que no se realizaron.
- ★ Efectuar los registros establecidos y constatar la existencia de los recursos de acuerdo con lo autorizado, avalándose en la firma de la persona que entrega y de la persona que recibe el turno.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ADMISIÓN DEL PACIENTE

CONCEPTO

Son las acciones que lleva a cabo el personal de enfermería, cuando un paciente ingresa al servicio de medicina Interna para su observación, diagnóstico o tratamiento.

OBJETIVO

Favorecer la ubicación y aceptación del paciente al medio hospitalario.

PRINCIPIOS

- a) Una situación desconocida, provoca al paciente una reacción de ansiedad o miedo.
- b) La confianza hacia los demás, aumenta cuando existe interrelación y se manifiesta interés por el bienestar físico, psíquico y social del individuo.

MATERIAL

Pulsera de identificación

Hoja de registro de enfermería

Expediente clínico

Ropa hospitalaria

Equipo para la toma de signos vitales (estetoscopio, esfigmomanómetro, termómetro).

Equipo para la toma de peso y talla (báscula con estadiómetro).

PROCEDIMIENTO

- ❖ Revisar que la unidad del paciente se encuentre limpia, en orden y con equipo necesario al recibir el aviso de internamiento.
- ❖ Recibir al paciente y al familiar con cortesía y respeto.
- ❖ Recibir del personal de admisión: la pulsera de identificación del paciente, así como el expediente clínico, verificando que esté completo y en orden.
- ❖ Firmar de recibido en la boleta de admisión la entrega del expediente clínico.
- ❖ Trasladar al paciente a su cama, presentarle a sus compañeros y al personal que intervenga en su atención.
- ❖ Recibir del paciente o familiar, los objetos de uso personal (peine, cepillo dental, pañuelos desechables, etc.).
- ❖ Cambiar al paciente su ropa de calle por la ropa del hospital.
- ❖ Entregar al familiar las pertenencias y valores del paciente o en su defecto a trabajo social.
- ❖ Verificar que los datos de la pulsera de identificación, concuerden con los del expediente clínico y colocársela al paciente.
- ❖ Orientar al paciente y a su familia respecto a :
La comunicación con el personal de enfermería por medio del timbre, o interfón, el

manejo y uso de la lámpara de noche y la ubicación de los mismos. Los sitios para guardar sus objetos de uso personal y la localización de los servicios sanitarios.

- ❖ Revisar las condiciones y el estado general del paciente.
- ❖ Tomar y registrar los signos vitales en la hoja de enfermería correspondiente.
- ❖ Comunicar al médico del ingreso del paciente y el estado de salud del mismo.
- ❖ Auxiliar al médico en la exploración del paciente.
- ❖ Cumplir con las indicaciones medicas.
- ❖ Comunicar al servicio de dietología, del ingreso del paciente, por medio de la solicitud de dietas, registrando en esta, el tipo indicado.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Tener control de las pertenencias del paciente.
- ★ Proporcionar al paciente y a su familia explicaciones amables acerca de las normas del hospital relativas a objetos de valor, horas de visita, televisores, teléfonos y cualquier otro elemento que pudiera disminuir su aprehensión y aumentar su comodidad.

EGRESO DEL PACIENTE

CONCEPTO

Son los tramites técnico administrativos que se efectúan cuando el paciente egresa del hospital.

Tipos de egreso: por mejoría, voluntaria, fuga, defunción.

OBJETIVOS

Facilitar los tramites al paciente y los familiares.

Orientar al paciente y familiar acerca de la continuidad del tratamiento en el hogar.

PRINCIPIOS

El paciente sufre tensión emocional, ya que le complace y entusiasmo ir a casa.

El paciente le atomoriza y le produce ansiedad el apartarse de la seguridad que presenta el hospital.

DOCUMENTACIÓN

Orden de alta y autorización del médico

Libreta de egreso

Recibo de pago

PROCEDIMIENTO

a) Egreso por mejoría

- ❖ Verificar que haya una orden de alta y autorización del médico.
- ❖ Verificar que el familiar haya realizado los trámites correspondientes a su egreso y que presente su aviso de egreso proporcionado por el médico tratante.
- ❖ Registrar los datos respectivos a la alta del paciente en los documentos del expediente clínico y en la libreta correspondiente.
- ❖ Entregar los documentos correspondientes al paciente o familiar y orientar sobre las indicaciones a seguir en su hogar.
- ❖ Mandar los documentos y el expediente clínico al servicio de archivo y admisión.

b) Egreso voluntario

- ❖ Notificar al médico el deseo del paciente de ser egresado de la unidad.
- ❖ Preparar todos los documentos relativos al paciente.
- ❖ Avisar a la oficina de trabajo social y admisión.
- ❖ Realizar las anotaciones correspondientes en la hoja de enfermería y en la libreta de egreso.
- ❖ Entregar el expediente clínico al servicio de archivo y admisión.

c) Egreso por fuga

- ❖ Notificar de inmediato al médico correspondiente del servicio sobre la ausencia del paciente.



- ❖ Hacer las anotaciones de enfermería sobre fecha, hora aproximada sobre la fuga del paciente y las condiciones del estado de salud del mismo.
 - ❖ Realizar nota informativa al jefe inmediato superior.
 - ❖ Enviar el expediente clínico al servicio de archivo y admisión.
- d) Egreso por defunción
- ❖ Integrar el expediente clínico con las anotaciones correspondientes.
 - ❖ Proporcionar los cuidados post-mortem.
 - ❖ Solicitar el traslado del cadáver al servicio de anatomía y patología.
 - ❖ Entregar el cuerpo al servicio de anatomía y patología y realizar el registro correspondiente.
 - ❖ Enviar el expediente clínico al servicio de archivo y admisión.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Paciente que deja el Hospital contra orden del médico debe firmar la hoja de alta voluntaria para que el médico y el Hospital queden libres de responsabilidad.
- ★ Paciente que salga del hospital debe saber que cuidados requiere y es la enfermera quien deberá dar la orientación verbal y escrita para evitar posibles complicaciones por error en el seguimiento de los cuidados que requiere.
- ★ La enfermera en turno será la responsable del egreso del paciente.

PROCEDIMIENTOS GENERALES

VALORACION DE LOS SIGNOS VITALES

SIGNOS VITALES

CONCEPTO

Son las medidas correspondientes de los signos cuantificables que reflejan el estado fisiológico del cuerpo, dichos signos dependen del funcionamiento de los órganos vitales para el organismo, y son necesarios para sostener la vida.

VALORACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL

CONCEPTO

Son las acciones que realiza la enfermera para valorar la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos a medida que pasa por ellos y consiste en presión sistólica y diastólica.

OBJETIVOS

- Determinar la presión arterial que el paciente presente a la hora de su ingreso al servicio de medicina interna y durante su estancia en el mismo.
- Determinar la resistencia que ofrecen las paredes de las arterias con relación a la intensidad del flujo sanguíneo.
- Determinar oportunamente alteraciones que pudiera presentar el paciente.

PRINCIPIOS

La transmisión del sonido a través del estetoscopio se hace posible en virtud de que las ondas sonoras, pueden pasar por líquidos y sólidos.

El aparato circulatorio, formado por corazón, arterias, venas y capilares, es un sistema de circuito cerrado a través del cual circula la sangre en el organismo, es por ello que la sangre circula a presión.

MATERIAL

Esfigmomanómetro.
Estetoscopio.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Explicar al paciente lo que se le va a realizar
- ❖ Colocar al paciente en posición cómoda y relajada.
- ❖ Enrollar el brazaletes alrededor del brazo dejando libre la flexura del codo.
- ❖ Localizar manualmente el pulso braquial, con los dedos índice y medio, colocar en ese punto la membrana del estetoscopio.
- ❖ Cerrar la válvula e insuflar el brazaletes hasta que desaparezca el pulso radial (180/120 mm Hg).
- ❖ Dejar salir el aire lentamente observando la escala del manómetro y anotar la lectura al escuchar el primer latido que corresponde a la presión sistólica o máxima. La presión arterial diastólica o mínima corresponde al momento en que

- el sonido de la pulsación arterial desaparece o cambia de nitidez o intensidad.
- ❖ Desinflar por completo el brazalete y retirarlo.
 - ❖ Si no se escucha con el estetoscopio, se apreciará la presión con la palpación del pulso radial, realizándolo con los dedos índice y medio.
 - ❖ Registrar la medición en la hoja de enfermería correspondiente.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Se deberá de utilizar el brazo izquierdo, siempre que sea posible.
- ★ Utilizar el brazalete adecuado al tamaño del brazo.
- ★ Asegurarse de que entre la zona de aplicación del brazalete y el corazón no existan obstáculos para la circulación.
- ★ En caso de necesidad, puede tomarse la presión arterial en los miembros inferiores (arteria poplitea).
- ★ Cuando el paciente presente arritmias o bradicardias, se desinflará el brazalete muy lentamente
- ★ Cuando la valoración vaya a ser tomada durante la noche se debe comunicar al enfermo con toda anticipación. Conociendo la razón por la que va a ser despertado, esto hará que acepte el procedimiento de una forma más positiva.
- ★ El paciente debe estar en reposo o ejerciendo su actividad normal cuando se efectúe la valoración.
- ★ La valoración no debe llevarse a cabo inmediatamente después que haya fumado, o practicado algún ejercicio intenso. Estas actividades pueden dar datos falsos.

VALORACIÓN DE LA FRECUENCIA CARDIACA

CONCEPTO

Son las acciones que realiza la enfermera para valorar la frecuencia de el paso de la sangre a través de los vasos sanguíneos dada por las contracciones del corazón, se puede medir en todas las arterias siendo con mayor facilidad en la radial, carótida, temporal y femoral (por medio de la palpación), o en su defecto por medio de la ayuda de un estetoscopio (por medio de la auscultación) ,para escuchar la apertura y cierre de la válvula y esto ocurre cuando el ventrículo izquierdo se contrae.

OBJETIVOS

- a) Determinar el numero de latidos cardiacos de el paciente en un minuto.
- b) Determinar la frecuencia y tipo de latidos del corazón y poder prevenir complicaciones posteriores.

PRINCIPIOS

- a) Las emociones intensas son factores que alteran los valores de la frecuencia cardiaca.
- b) La actividad muscular acelera la frecuencia del pulso.

MATERIAL

Reloj con segundero.
Estetoscopio (para el pulso apical).

PROCEDIMIENTO

- ❖ Explicar al paciente lo que se le va a hacer.
- ❖ Realizar la determinación (de acuerdo al lugar elegido).
- a) Frecuencia en la arteria radial:
 - ❖ Localizar el latido sobre la arteria a nivel de la muñeca.
 - ❖ Para su correcta localización se deben utilizar.
 - ❖ 4° dedo para la localización de la arteria.
 - ❖ 3° dedo para el recuento de los latidos.
 - ❖ 2° dedo para evitar la onda de rebote.
 - ❖ Contar el número de latidos durante treinta segundos y multiplicar por dos.
 - ❖ Registrar el resultado en la hoja de enfermería correspondiente.
- b) Frecuencia en la zona apical:
 - ❖ Colocar al paciente en posición supina, con el hemitórax izquierdo descubierto.
 - ❖ Situar el estetoscopio en la zona apical cardiaca (línea media claviclar en el 5° espacio intercostal).
 - ❖ Contar el número de latidos en un minuto.
 - ❖ Registrar la medición en la hoja de enfermería correspondiente.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ En el caso de la frecuencia en la arteria radial:
 - ★ Evitar tomar el pulso de la arteria solo con el dedo índice o pulgar debido a que poseen latido propio.
- ★ En el caso de la frecuencia apical:
 - ★ Tranquilizar al paciente.
 - ★ La enfermera deberá tener en cuenta los factores que modifican la frecuencia cardiaca (edad, sexo, patología, medicamentos).
 - ★ Si la frecuencia tiene que medirse varias veces, se da una explicación al paciente para evitar la ansiedad en él.
 - ★ Cuando la valoración vaya a ser tomada durante la noche se debe comunicar al enfermo con toda anticipación. Conociendo la razón por la que va a ser despertado, hará que acepte el procedimiento de una forma más positiva.
 - ★ El paciente debe estar en reposo o ejerciendo su actividad normal cuando se efectúe la valoración.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VALORACIÓN DE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA

CONCEPTO

Son las acciones que realiza la enfermera para valorar el acto continuo de inspirar y espirar aire de los pulmones para introducir oxígeno y eliminar bióxido de carbono, agua y otros productos de oxidación, a través de los mismos.

OBJETIVO

Determinar el número de respiraciones que el paciente realiza durante un minuto.

PRINCIPIOS

- La respiración esta sujeta a control voluntario, es por ello que se requiere de la colaboración del paciente.
- Cada célula del cuerpo necesita oxígeno para el mantenimiento de la vida y la función normal.
- El bióxido de carbono es un producto de desecho de las células el cual debe ser eliminado del organismo.

MATERIAL

Reloj con segundero.
Estetoscopio, si fuera necesario.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Observar el tórax del paciente .
- ❖ Contar el número de respiraciones que realiza durante treinta segundos y multiplicar por dos.
- ❖ En pacientes con movimientos respiratorios poco perceptibles o que induzcan a error, se realizará la medición con el estetoscopio situado en el hemitórax del paciente, contando el número de respiraciones durante un minuto.
- ❖ Registrar en la hoja de enfermería correspondiente.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ La enfermera deberá contar las respiraciones sin que el paciente se de cuenta de ello.
- ★ El paciente deberá estar en posición reclinada o sentado.
- ★ Además de contar las respiraciones la enfermera deberá de investigar la profundidad y algunas otras características que pudieran indicar el estado general del paciente.
- ★ Cuando la valoración vaya a ser tomada durante la noche se debe comunicar al enfermo con toda anticipación. Conociendo la razón por la que va a ser despertado, hará que acepte el procedimiento de una forma más positiva.
- ★ El paciente debe estar en reposo o ejerciendo su actividad normal cuando se efectúe la valoración.
- ★ La valoración no debe llevarse a cabo inmediatamente después que haya fumado, o practicado algún ejercicio intenso.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VALORACIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL

TEMPERATURA

CONCEPTO

Es el calor mantenido por un organismo vivo, expresado en grados, es el equilibrio entre el calor producido como resultado de la oxidación de alimentos, y el calor perdido por transpiración, respiración, y excreción.

OBJETIVO

Valorar la temperatura corporal del paciente al momento de su ingreso al servicio de medicina interna y durante el tiempo de estancia.

PRINCIPIOS

- a) El calor es producido en el cuerpo por la oxidación de alimentos.
- b) El mercurio es muy sensible a los cambios mínimos de temperatura y es por ello que se emplea en los termómetros para medir la temperatura del cuerpo humano.

MATERIAL

Termómetro de vidrio.
Toruñero con: torundas alcoholadas.
Paños desechables

PROCEDIMIENTO

❖ En pacientes adultos utilizar solo medición bucal ó axilar.

A) Bucal

- ❖ Colocar el termómetro bajo la lengua y dejarlo ahí durante dos minutos.
- ❖ Recordarle al paciente que debe mantener los labios cerrados alrededor del termómetro pero sin apretarlo (la temperatura normal de la boca es de 37°C.).
- ❖ Retire el termómetro limpie con movimientos giratorios hacia el bulbo, sosténgalo a nivel de los ojos y gírelo hasta que la columna de mercurio sea visible.
- ❖ Lea la cifra que alcanzó el nivel del mercurio.
- ❖ Anote el resultado obtenido en la hoja correspondiente de enfermería.

B) Axilar

- ❖ Seque la axila del paciente.
- ❖ Coloque el termómetro en la axila.
- ❖ Doble el brazo del paciente contra su pecho mientras se realiza la medición.
- ❖ Sostenga el termómetro en el sitio con el bulbo apoyado contra el tejido de la región por unos 10 minutos (la temperatura normal en la axila es de 36.4°C a 36.6°C).
- ❖ Retire el termómetro limpie con movimientos giratorios hacia el bulbo, sosténgalo a nivel de los ojos y gírelo hasta que la columna de mercurio sea visible.
- ❖ Lea la cifra que alcanzó el nivel del mercurio.
- ❖ Anote el resultado obtenido en la hoja correspondiente de enfermería.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MÉDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Los termómetros no deben lavarse con agua caliente.
- ★ Antes de colocar el termómetro al paciente se deberá hacer descender el mercurio por debajo de 34.4°C.
- ★ Si el paciente ha ingerido bebidas frías o calientes la enfermera deberá esperar 5 minutos para poder tomar la temperatura (en caso del método bucal).
- ★ Cuando la valoración vaya a ser tomada durante la noche se debe comunicar al paciente con toda anticipación. Conociendo la razón por la que va a ser despertado, hará que acepte el procedimiento de forma positiva.
- ★ El paciente debe estar en reposo o ejerciendo su actividad normal cuando se efectúe la valoración.
- ★ La valoración no debe llevarse a cabo inmediatamente después que haya fumado, o practicado algún ejercicio intenso. Estas actividades pueden dar datos falsos.
- ★ Procurar tener un termómetro para cada paciente.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

VALORACION DE PESO Y TALLA

VALORACIÓN DEL PESO

CONCEPTO

Son las medidas que lleva acabo la enfermera para valorar el peso corporal del paciente, el peso es la suma de los tejidos óseo, muscular y adiposo de órganos y líquido del cuerpo. Algunos de estos componentes sufren cambios normales como reflejo del crecimiento, el estado de la reproducción, variaciones en los grados de ejercicio y los efectos del envejecimiento.

OBJETIVOS

- a) Valorar el estado de salud- enfermedad del paciente de acuerdo a su edad para determinar un diagnóstico.
- b) Corregir alguna anomalía con el peso en caso de que el paciente lo requiera dependiendo del diagnóstico.

PRINCIPIOS

- a) El peso es indicador del estado nutricional del individuo.
- b) El peso aumentado o disminuido es indicador de algún proceso patológico.
- c) El modo de transmisión de la dermatofitosis se realiza por contacto directo o indirecto con lesiones cutáneas de personas infectadas, pisos u objetos contaminados.

MATERIAL

Báscula de pedestal.
Hoja de registro.
Toallas desechables.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Explicar al paciente lo que se va a realizar.
- ❖ Corroborar la precisión de la báscula.
- ❖ Colocar la toalla de papel desechable sobre la báscula.
- ❖ Pedir al paciente se quite los zapatos e indicarle se suba a la báscula.
- ❖ El paciente puede retirarse la mayor cantidad de ropa que sea posible (la enfermera deberá cuidar en todo momento la individualidad del paciente)
- ❖ Se pide al paciente una vez colocado en la báscula que permanezca en forma vertical con los pies juntos y sin realizar movimientos que pudieran entorpecer el procedimiento.
- ❖ Desplazar la aguja indicadora hasta que la báscula se encuentre nuevamente en equilibrio.
- ❖ Leer el resultado y anotarlo en la hoja de registro correspondiente.
- ❖ Ayudar a bajar de la báscula al paciente.
- ❖ Retirar la toalla de papel y desecharla.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Utilizar una báscula confiable para el paciente.
- ★ Calibrar periódicamente la báscula para que sea precisa utilizando pesos conocidos.
- ★ Registrar el peso de preferencia a la misma hora y en la misma báscula

VALORACIÓN DE LA TALLA

CONCEPTO

Son las medidas que lleva a cabo la enfermera para valorar la distancia existente entre el punto más prominente de la zona cefálica y del pie del paciente esta medición se expresa en centímetros.

OBJETIVO

Conocer con exactitud la talla del individuo para correlacionar la misma con peso y edad de tal forma que se permita inferir un diagnóstico presuncial con estos datos.

PRINCIPIOS

- Permite un parámetro del estado de maduración del sistema esquelético.
- Es un indicador indirecto sobre el balance de ingresos de nutrientes.
- Está condicionada por la dotación genética del individuo y su alimentación además de su actividad física.

MATERIAL

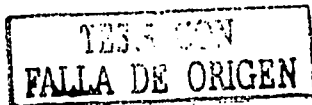
Báscula clínica con tablero de talla vertical o estadiometro.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Verifique que el tablero de medición este en condiciones adecuadas.
- ❖ Pida al paciente se retire los zapatos.
- ❖ Poner al paciente de espaldas al tablero de medición en forma erecta procurando que sus talones, nalgas y parte media superior de la espalda tengan contacto con la guala vertical de medición, los tobillos se disponen juntos, los brazos colocados con las palmas hacia dentro y la cabeza levantada cómodamente.
- ❖ Llevar una línea recta del tablero a la parte más prominente de la zona cefálica del paciente.
- ❖ Observar las cifras que indica y anotarlas en la hoja de enfermería correspondiente.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Medir al paciente sin zapatos.
- ★ Los pies tienen que estar juntos con los talones contra la tabla de medición.
- ★ La persona deberá pararse erecta, no suelta ni estirada, ver recto hacia delante, sin mover la cabeza para arriba ó abajo.
- ★ Debe bajarse la parte superior del estadiometro para apoyar los planos en la



parte superior de la cabeza.

★Tener precaución con los pacientes que tengan dificultad para permanecer erectos y para subir y bajar de la báscula.

TENDIDO DE CAMA

CONCEPTO

Es el procedimiento que realiza la enfermera para preparar la cama del paciente en diferentes situaciones.

Formas de presentar la cama.

a) Cama cerrada:

Es cuando se encuentra desocupada hasta el ingreso del paciente la sábana superior, la colcha y el cobertor si se colocó quedan a lo largo de la cama a nivel de la almohada.

b) Cama abierta:

Es cuando el paciente está en condiciones de deambular se distingue de la cama cerrada porque la ropa que cubre al paciente está colocada doblada en la piecera.

c) Cama postoperatoria:

Es cuando se prepara para recibir a un paciente que ha sido intervenido quirúrgicamente, se distingue en que la ropa que cubre al paciente está doblada en forma de triángulo (referencia en la parte inferior de la cama).

d) Cama con paciente:

Es cuando se prepara la cama mientras el paciente se encuentra en ella.

OBJETIVOS

- a) Ofrecer seguridad desde el punto de vista bacteriológico.
- b) Proporcionar bienestar físico.
- c) Facilitar la movilización del paciente.
- d) Fomentar hábitos higiénicos en el paciente.
- e) Evitar lesiones en la piel.

PRINCIPIOS

- a) Un ambiente agradable y limpio favorece la adaptabilidad del individuo a un ambiente extraño.
- b) Los pliegues y costuras de la ropa de cama incrementan la aparición de úlceras por presión.
- c) La acción de asegurar la ropa en situación inmóvil evita la formación de úlceras por presión.
- d) El ambiente sucio y húmedo favorece el desarrollo de microorganismos.
- e) La humedad ocasionada por diáforesis y excreciones orgánicas, maceran la piel.

MATERIAL

Colcha o cubrecama.
Cobertor si es necesario.
Dos sábanas estándar.
Sábana clínica.
Hule clínico.
Funda para cojín.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tánico para la ropa sucia.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Retirar la ropa y colocarla en el tánico (en caso de que la cama se encuentre sucia).
- ❖ Integrar el equipo y colocarlo en orden inverso al que se va a usar sobre una silla de la unidad del paciente, enterándolo de lo que se va a realizar.
- ❖ Colocar la sábana a partir de la parte media superior del colchón y deslizarla hacia el nivel del extremo de éste.
- ❖ Fijar la sábana en la esquina externa superior del colchón mediante una cartera.
- ❖ Colocar el hule clínico sobre el tercio medio del colchón y sobre éste la sábana clínica, procurando fijarla por debajo de los bordes superior e inferior del hule.
- ❖ Introducir los extremos sobrante de las tres piezas por debajo del colchón.
- ❖ Vestir las almohadas y colocarlas en la cabecera superior de la colcha.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Se recomienda no sacudir la ropa de cama que se esta cambiando pues las células de descamación del paciente vuelan y pueden contaminar las áreas vecinas.
- ★ La ropa sucia no se debe poner en la mesa en donde se le sirven sus alimentos al paciente.
- ★ Para que la ropa quedé más firme y no se mueva se recomienda anudar las puntas por debajo del colchón.
- ★ Vigilar que la ropa que se va a colocar está seca y en buen estado.
- ★ Aislar al paciente haciendo uso de biombos o cortinas.

MANTENIMIENTO DE LA HIGIENE DEL PACIENTE

CONCEPTO

La higiene es el establecimiento y preservación del bienestar mediante el cuidado por el personal de enfermería.

Las prácticas higiénicas implican el cuidado de la piel, el cabello, las uñas, los dientes, las cavidades orales, nasales, áreas perineales y genitales.

BAÑO DE ESPONJA

CONCEPTO

Es la limpieza general que se proporciona cuando el paciente no se puede bañar por sí solo o no le está permitido bañarse en regadera o tina.

OBJETIVOS

- a) Limpiar la piel del paciente.
- b) Eliminar productos de secreción de las glándulas sebáceas, descamación de la piel, sudor.
- c) Promover los movimientos de diversas articulaciones del cuerpo.
- d) Fomentar la auto imagen.
- e) Elevar la autoestima del paciente.

PRINCIPIOS

- a) El agua caliente tiende a relajar los músculos y aumenta la circulación periférica debido a la dilatación de vasos sanguíneos.
- b) El jabón saponifica las grasas y facilita su eliminación.
- c) La piel intacta es la primera línea de defensa del organismo contra las infecciones.
- d) La piel limpia previene la formación de úlceras por decúbito y la proliferación de bacterias.
- e) El ejercicio pasivo que la enfermera realiza al paciente mediante el aseo del mismo activa los músculos y las articulaciones, evitando contracturas.
- f) Los golpecitos en brazos y piernas durante un rato, desde la región distal hacia la proximal favorecen el retorno venoso.

MATERIAL

- 2 Toallas de baño, una para la cara y otra para el cuerpo.
- 1 Paño para tallar el cuerpo.
- Jabón.
- 1 Palangana para el agua del baño.
- 1 Manta de baño para cubrir al paciente durante el baño.
- Agua caliente a la temperatura que el paciente soporte.

Toallas o sábanas adicionales, torundas de algodón, aplicadores .
Juego de ropa para cama.
Loción.
Recipiente ó tánico para la ropa sucia.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Explicar al paciente lo que se va a realizar.
- ❖ Colocar al lado de la cama los artículos necesarios para la higiene sobre una mesa.
- ❖ Cerrar ventanas, puertas y cortinas, asegurándose de que la habitación esté libre de corrientes y proporcionar intimidad al paciente.
- ❖ Lavarse las manos.
- ❖ Colocar la cama en posición alta y retirar las barandillas en caso de que las tenga.
- ❖ Quitar la sábana de arriba y poner en su lugar la manta de baño.
- ❖ Quitarle la bata al paciente.
- ❖ Proteger las sábanas con una toalla al lavar cada parte del cuerpo.
- ❖ Doblar el paño alrededor de la mano mientras se encuentra extendida con las palma hacia arriba(el paño se dobla a cada lado y el extremo libre hacia la palma, para quedar asegurada debajo de la porción colocada al principio.
- ❖ El paño debe de estar lo suficientemente húmedo para lavar y hacer espuma adecuadamente , aunque no tanto que gotee.
- ❖ Las partes del cuerpo se deben descubrir, lavar, restregar, enjuagar, y secar bien.
- ❖ Cambiar el agua cuantas veces sea necesario siempre que se ensucie o jabone.
- ❖ La secuencia para el baño es: cara, manos, tórax, abdomen, espalda, piernas, perineo, región anal.
- ❖ Lavar ,los ojos y secarlos bien (se emplea una esquina para cada ojo y se limpia de dentro hacia fuera de la sien.
- ❖ Preguntar al paciente si desea usar jabón en la cara (lavar la cara, el cuello y los oídos)
- ❖ Colocar la toalla de baño a lo largo, bajo el brazo que se halla lejos de la enfermera lavar, secar empleando fricciones largas, firmes, desde el área distal hasta la proximal.
- ❖ Lavar las axilas.
- ❖ Poner las manos del paciente en la palangana lavándolas y secándolas, prestando atención en los espacios interdigitales.
- ❖ Doble la manta de baño debajo del área púbica del enfermo y coloque la toalla a lo largo del pecho y del abdomen.
- ❖ Lave y seque ambas zonas prestando atención en los pliegues.
- ❖ Envuelva una pierna y un pie con la manta de baño, asegurándose de que el área púbica está bien tapada.
- ❖ Coloque la toalla de baño debajo de la otra extremidad inferior (la que se encuentra alejada de la enfermera) lavar y secar.
- ❖ Lave los pies, sumergiéndolos en el agua de la palangana (séquelos, prestar

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

atención en los espacios interdigitales).

- ❖ Cambiar el agua de la palangana.
- ❖ Ayude al paciente a adoptar una posición bocabajo o lateral.
- ❖ Coloque la toalla de baño a lo largo de la espalda y de los glúteos.
- ❖ Lavar y secar el cuello, la espalda, los hombros, los glúteos y la parte de los muslos.
- ❖ Déjese al paciente en posición supina y ponga al alcance el recipiente para lavado, y la toalla, de modo que el pueda encargarse de la limpieza de su área genital y anal.
- ❖ Ayudar a que emplee cualquier elemento higiénico que desee.
- ❖ Ayudar a que se ponga una bata o pijama limpia.
- ❖ Colaborar con el aseo del cabello, boca y las uñas.
- ❖ Hacer la cama del paciente.
- ❖ Ayúdele a adoptar una posición cómoda.
- ❖ Colocar el timbre y otros artículos que necesita de manera que los pueda alcanzar.
- ❖ Colocar todos los instrumentos de trabajo en su lugar.
- ❖ Anotar el procedimiento en la hoja de enfermería correspondiente.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Evitar las corrientes de aire.
- ★ Utilizar de preferencia jabón neutro para evitar que la piel del paciente se irrite.
- ★ Preguntar al paciente, sobre la temperatura deseada del agua a utilizar.
- ★ Cuidar en todo momento el pudor del paciente.
- ★ El baño deberá ser lo más rápido posible para evitar enfriamiento del paciente.
- ★ Procurar lavar perfectamente los pliegues de la piel del paciente, enjuagarlas y secarlas perfectamente.
- ★ Dar masaje en las prominencias óseas para evitar que la piel se irrite por la fricción constante contra la ropa de cama.

BAÑO PARCIAL

CONCEPTO

Es aquel que se realiza cuando el paciente no se encuentra en condiciones para tolerar un baño completo en cama solo se lavan: cara, manos, axilas, región genital y región anal.

OBJETIVO

Mantener limpias aquellas zonas las cuales producen mal olor y pueden llegar a afectarse por una mala higiene.

PRINCIPIO

Los productos de desecho de las glándulas, el polvo y las bacterias han de ser quitados por medio del baño para evitar mal olor e incomodidad al paciente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL

2 Toallas de baño, una para la cara y otra para el cuerpo.

1 Paño para tallar el cuerpo.

Jabón.

1 Palangana para el agua del baño.

1 Manta de baño para cubrir al paciente durante el baño.

Agua caliente a temperatura que el paciente tolere.

Toallas o sábanas adicionales, torundas de algodón, aplicadores .

Juego de ropa para cama.

Loción.

Recipiente ó tánico para la ropa sucia.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Explicar al paciente lo que se va a realizar.
- ❖ Colocar al lado de la cama los artículos necesarios para la higiene sobre una mesa.
- ❖ Cerrar ventanas, puertas, y cortinas, asegurándose de que la habitación esté libre de corrientes y proporcionar intimidad al paciente.
- ❖ Lavarse las manos.
- ❖ Colocar la cama en posición alta y retirar las barandillas en caso de que las tenga.
- ❖ Quitar la sábana de arriba y poner en su lugar la manta de baño.
- ❖ Quitarle la bata al paciente.
- ❖ Proteger las sábanas con una toalla al lavar cada parte del cuerpo.
- ❖ Doblar el paño alrededor de la mano mientras esta se encuentra extendida con la palma hacia arriba(el paño se dobla a cada lado y el extremo libre hacia la palma, para quedar asegurada debajo de la porción colocada al principio.
- ❖ El paño debe de estar lo suficientemente húmedo para lavar y hacer espuma adecuadamente , aunque no tanto que gotee.
- ❖ Las partes del cuerpo se deben descubrir, lavar, restregar, enjuagar, y secar bien.
- ❖ Cambiar el agua cuantas veces sea necesario siempre que se ensucie o jabone.
- ❖ Lavar ,los ojos y secarlos bien (se emplea una esquina para cada ojo y se limpia de dentro hacia fuera de la sien).
- ❖ Preguntar al paciente si desea usar jabón en la cara (lavar la cara, el cuello y los oídos).
- ❖ Colocar la toalla de baño a lo largo, bajo el brazo que se halla lejos de la enfermera lavar, secar empleando fricciones largas, firmes, desde el área distal hasta la proximal.
- ❖ Lavar las axilas.
- ❖ Poner las manos del paciente en la palangana lavándolas y secándolas, prestando atención en los espacios interdigitales.
- ❖ Déjese al alcance del paciente el recipiente para lavado, y la toalla, de modo que el pueda encargarse de la limpieza de su área genital y anal.
- ❖ Ayudar a que emplee cualquier elemento higiénico que desee.

- ❖ Ayudar a que se ponga una bata o pijama limpia.
- ❖ Hacer la cama del paciente.
- ❖ Ayúdele a adoptar una posición cómoda.
- ❖ Colocar el timbre y otros artículos que necesita de manera que los pueda alcanzar.
- ❖ Colocar todos los instrumentos de trabajo en su lugar.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Evitar las corrientes de aire.
- ★ Utilizar de preferencia jabón neutro para evitar que la piel del paciente se irrite.
- ★ Preguntar al paciente, sobre la temperatura deseada del agua a utilizar.
- ★ Cuidar en todo momento el pudor del paciente.
- ★ El baño deberá ser lo más rápido posible para evitar enfriamiento del paciente.
- ★ Procurar lavar perfectamente las arrugas de la piel del paciente, enjuagarlas y secarlas perfectamente
- ★ Dar masaje en las prominencias óseas para evitar que la piel se irrite por la fricción constante contra la ropa de cama.

BAÑO EN REGADERA CONCEPTO

Es la limpieza general del cuerpo con jabón y agua corriente se realiza cuando el paciente puede deambular.

OBJETIVOS

- A) Estimular la circulación mediante un ejercicio ligeramente activo.
- b) Lograr el descanso del paciente.
- c) Aliviar la fatiga y el malestar.

PRINCIPIO

Los baños calientes calman los nervios y ayudan al descanso de los músculos fatigados.

MATERIAL

Toallas faciales y de baño.
 Jabonera con jabón.
 Bata.
 Sandalias.
 Silla o banco.
 Tapete antiderrapante.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Cerciorarse de que la regadera se encuentre limpia.
- ❖ Reunir los instrumentos y lienzos cerca de la regadera.
- ❖ Usar un tapete antiderrapante o extender una toalla en el piso.

- ❖ Regular la temperatura del agua, la que el paciente acepte
- ❖ Llevar al paciente a la regadera
- ❖ Proporcionar al paciente medios para llamar a la enfermera en caso necesario.
- ❖ Proporcionar una silla en la que se pueda sentar el paciente débil durante el baño.
- ❖ Preguntar cada 4 ó 5 minutos al paciente si se encuentra bien.
- ❖ Ayudar al paciente a salir de la ducha.
- ❖ Ayudar al paciente si es necesario a secarse y vestirse.
- ❖ Conducir al paciente a la cama limpia y arreglada.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ El paciente no deberá encerrarse en el baño porque podría necesitar ayuda.
- ★ No deberá permanecer por tiempo prolongado debido a que se fatigaría.
- ★ Un baño prolongado hará que la sangre se aleje de los centros vitales (cerebro) y vaya hacia las regiones superficiales del cuerpo y esto provocaría que el paciente se desmaye ó pierda el conocimiento.
- ★ Si el paciente se levanta por primera vez después de varios días de reposo en cama, no conviene dejar que se bañe solo.

LIMPIEZA DE LOS OJOS

CONCEPTO

Es el procedimiento que se lleva acabo para limpiar los ojos de las secreciones y polvo que pudiera tener acumulados.

OBJETIVOS

- a) Remover las secreciones de los órganos visuales.
- b) Mantener los órganos visuales libres de secreciones.

PRINCIPIOS

- a) La limpieza de los órganos visuales en el paciente mejora la visibilidad del mismo.
- b) La apariencia saludable mejora la autoestima del paciente hospitalizado.

MATERIAL

Algodón ó gasas estériles.
 Agua estéril ó solución salina.
 Guantes desechables.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Comunicar al paciente el procedimiento a realizar.
- ❖ Lavarse las manos.
- ❖ Calzarse los guantes tomar una mota de algodón ó una gasa, mojarla con el agua o la solución salina y proceder a la limpieza de la siguiente forma:
- ❖ Frotar desde la parte del lagrimal hacia la parte distal del ojo, para evitar que las

- partículas y el líquido drenen al conducto nazolagrimal.
- ❖ Desechar el algodón y repetir la operación en el siguiente ojo.
 - ❖ Retirarse los guantes y desecharlos.
 - ❖ Anotar el procedimiento en la hoja de enfermería correspondiente.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Antes de iniciar el procedimiento explicar al paciente lo que se le va a realizar.
- ★ Evitar lavar los órganos visuales con jabón.

ASEO DE LOS OIDOS

CONCEPTO

Son las maniobras que la enfermera o el propio paciente llevan a cabo para limpiar el oído externo de partículas de polvo y el oído medio de cerumen que pudiera tener.

El aseo de estos se puede realizar a la hora del baño

OBJETIVOS

- a) Asear el oído para lograr una mejor audición
- b) Evitar la acumulación de partículas de polvo, y cerumen que puedan dañar la salud del paciente.

PRINCIPIOS

- a) La acumulación de partículas de polvo y cerumen son signos de falta de información sobre la importancia de un buen aseo de estas partes.
- b) El cerumen es una secreción normal del oído, en ocasiones puede llegar a acumularse y salir de él o bien dañar el conducto auditivo provocando serias molestias para el paciente.

MATERIAL

Agua tibia la necesaria.
Lebrillo.
Jabón.
Toalla para el secado.
Esponja de baño.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Indicarle al paciente el procedimiento a realizar.
- ❖ Acercar el material a necesitar.
- ❖ Tomar la esponja y jabonarla.
- ❖ Tallar solo el oído externo.
- ❖ Enjuagar la esponja y proceder a retirar la espuma de jabón que quedo en el oído externo.
- ❖ Secar con la toalla los residuos de agua e introducir la misma pero sin forzarla

para retirar el jabón que pudiera haber entrado en el oído medio.

- ❖ Dejar el material utilizado en su lugar.
- ❖ Lávese las manos.
- ❖ Registre el procedimiento en la hoja de enfermería correspondiente.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Este procedimiento lo realiza la enfermera en caso de que este proporcionando un baño de esponja o baño parcial o en su defecto lo debe realizar el paciente que puede darse un baño en regadera.
- ★ No deberán introducirse objetos por el conducto auditivo, ya que el tímpano se puede dañar.

ASEO DE LAS FOSAS NASALES

CONCEPTO

Son las acciones que realiza el propio paciente para tener sus fosas nasales libres de secreciones

OBJETIVO

Mantener las fosas nasales libres de mucosidad acumulada y partículas de polvo.

PRINCIPIOS

- a) La anatomía de la nariz tiene cilios que con la acción del polvo secreta moco, quedando este en las fosas nasales dejando así el aire que pasara a los pulmones libre de partículas dañinas para la salud.
- b) El moco que secretan los cilios debe ser retirado para lograr en el paciente confort y comodidad.

MATERIAL

Paños desechables.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Se le proporciona al paciente los paños limpios.
- ❖ Se indica que deberá sonarse suavemente, para expulsar la mucosidad.
- ❖ Se pedirá que deseche el paño en el cesto de basura.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Indicar al paciente que no deberá introducir objetos que pudieran dañar las fosas nasales.
- ★ La forma de sonarse deberá ser suavemente para no lastimar las fosas nasales a la hora de la expulsión del aire.

CUIDADO DE LAS UÑAS

CONCEPTO

Son las maniobras que lleva acabo la enfermera, el familiar o el mismo paciente para realizar el recortado de las uñas.

OBJETIVO

Evitar lesiones en el paciente por falta de higiene.

PRINCIPIOS

- a) La uña pede guardar humedad y partículas de polvo que pudieran dañar la salud del paciente.
- b) Las uñas recortadas dan seguridad y confort al paciente.

MATERIAL

Corta uñas o tijeras especiales.

Lima.

Palito de naranjo.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Informar al paciente lo que se va a realizar.
- ❖ Tomar el dedo de la uña a recortar.
- ❖ Limpiar muy bien con el palito de naranjo.
- ❖ Proceder al recortado (este deberá ser recto) sin hacerlo cerca del dedo para evitar lesionarlo.
- ❖ Limar la uña (en el caso de las uñas de las manos será redondeando).
- ❖ En el caso de las uñas de los pies solo se limara de la misma forma en que se recorto.
- ❖ Limpiar todo el material y devuelva a su lugar el material.
- ❖ Lávese las manos.
- ❖ Registre el procedimiento en la hoja de enfermería correspondiente.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Pedir la cooperación total del paciente para no provocar daños.
- ★ Es conveniente realizarlo inmediatamente después del baño (debido a que las uñas se encuentran reblandecidas).
- ★ Utilizar un corta uñas para cada paciente.

CUIDADO DE LOS PIES

CONCEPTO

Son las medidas que realiza la enfermera o el propio paciente para lograr la limpieza de los pies.

OBJETIVOS

Lograr en el paciente sensación de limpieza y comodidad.
Evitar contagio de micosis.

PRINCIPIOS

- a) Las áreas interdigitales suelen retener humedad, lo que provocaría lesiones a nivel piel.
- b) Las glándulas sebáceas que se encuentran en la piel de los pies no son suficientes para lograr una buena lubricación de la misma.

MATERIAL

Corta uñas (solo que sea necesario).
Toalla limpia y seca.
Pomada funguicida (en caso necesario).
Crema hidratante.
Guantes desechables.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Este cuidado se realiza con el baño
- ❖ Indicarle al paciente la acción a realizar.
- ❖ Calzarse los guantes.
- ❖ Se deberán secar perfectamente los pies, procurando el área interdigital.
- ❖ Recortar las uñas si es necesario siguiendo el procedimiento del recortado de uñas.
- ❖ Aplicar la pomada que el paciente acostumbre.
- ❖ Retirar los guantes y desecharlos.
- ❖ Lávese las manos.
- ❖ Registre el procedimiento en la hoja de enfermería correspondiente.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ La enfermera deberá utilizar guantes para evitar contagio de alguna enfermedad de piel que pudiera tener el paciente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUIDADO DEL CABELLO

CONCEPTO

Es el procedimiento que lleva acabo la enfermera, familiar o el mismo paciente si el lo puede realizar y es necesario mas en la enfermedad que en la salud.

OBJETIVO

Mantener el cabello limpio y peinado para favorecer la apariencia del paciente.

PRINCIPIOS

- a) El aspecto personal del paciente mejora si el cabello luce bien.
- b) Una buena apariencia del cabello arreglado y saludable mejora el aspecto del paciente.

MATERIAL

2 Toallas.
Cepillo.
Liga (en el caso del cabello largo).
Agua tibia.
Lebrillo.
Shampoo.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Reunir todos los elementos necesarios y colocarlos al alcance
- ❖ Colocar una toalla sobre la almohada y una toalla grande sobre el paciente
- ❖ Colocar el lebrillo con agua inmediatamente por debajo de la cabeza del paciente.
- ❖ Humedecer el cabello del paciente con cuidado para evitar fugas de agua a la cama del paciente.
- ❖ Poner un poco de shampoo para realizar el lavado y tallar hasta que haga un poco de espuma.
- ❖ Enjuagar con agua hasta retirar los residuos del shampoo.
- ❖ Retirar el lebrillo y secar perfectamente el cabello con la toalla que se coloco en la almohada.
- ❖ Dividir el cabello del paciente en secciones pequeñas.
- ❖ Proceder a cepillar cada sección lentamente.
- ❖ Amarrar el cabello como el paciente acostumbre (en caso de que el cabello este largo) o acomodarlo como el paciente acostumbre (en caso de que el cabello este corto).
- ❖ Colocar todo el material utilizado en su lugar.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ El lavado de este se realiza inmediatamente al final del baño (cuando es la enfermera quien lo realiza).
- ★ Si el paciente refiere cuero cabelludo adolorido preguntar si desea que se le

realiza el cepillado o el lo puede realizar.

- ★ El amarre del cabello deberá ser holgado para evitar la incomodidad del paciente.

HIGIENE BUCAL

CONCEPTO

Es la limpieza de los dientes, espacios interdentes y estructuras blandas de la cavidad bucal.

OBJETIVO

Remover la placa bacteriana.
Promover sensación de limpieza y bienestar físico.

PRINCIPIO

Por medio de arrastre se lleva acabo la higiene bucal llevándose los agentes patógenos que pudieran dañar al paciente cuando se encuentra con las defensas disminuidas.

MATERIAL

Cepillo de dientes.
Pasta dental.
Riñón.
Toalla.
Agua fría.
Vaso.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Lavarse las manos antes del procedimiento.
- ❖ Colocar bajo la barba del paciente una toalla y el riñón.
- ❖ Aplicar la pasta al cepillo.
- ❖ Cepillar los dientes en dirección de su eje de crecimiento.
- ❖ No presionar demasiado la superficie de las encías.
- ❖ Procurar cepillar los molares.
- ❖ Enjuagar la boca con agua varias veces.
- ❖ Retirar todos los instrumentos de trabajo.
- ❖ Secar el área peri-bucal del paciente.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ El cepillado deberá ser de arriba hacia abajo siguiendo el nacimiento de los dientes.
- ★ La enfermera deberá procurar no cepillar fuertemente para no lastimar las encías.

AFEITADO DEL PACIENTE VARÓN

CONCEPTO

Son las acciones que lleva a cabo la enfermera para lograr la eliminación del pelo facial (barba, bigote) en el paciente masculino o del pelo o vello por medios mecánicos.

OBJETIVOS

Promover la comodidad física y óptima al mantener al enfermo limpio y afeitado. Evitar el traumatismo a los tejidos mediante un procedimiento adecuado.

PRINCIPIOS

- a) La barba tiende a irritar y provocar comezón en la piel cuando tiene de 2 a 3 días sin afeitar.
- b) El enfermo no afeitado puede tener una mala auto imagen por aspecto del desaliño.

MATERIAL

Riñón.

Jabón neutro o espuma de afeitar.

Toalla.

Agua tibia.

Loción para después de afeitar o solución antiséptica.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Mojar la piel con el jabón de afeitar.
- ❖ Con la mano tensar la piel y con la otra deslizar el rastrillo sobre la misma piel en tramos breves.
- ❖ Enjuagar el rastrillo en el riñón con agua tibia.
- ❖ Afeitar en la dirección en que crece el pelo.
- ❖ Las regiones que rodean boca y nariz son particularmente sensibles.
- ❖ En estas zonas los movimientos de la enfermera han de ser suaves pero firmes.
- ❖ Al finalizar se pasara una toalla húmeda para retirar los excesos de jabón.
- ❖ Aplicar una loción refrescante en la piel (si el paciente la tiene ó aplicar cualquier antiséptico).
- ❖ Dejar al paciente cómodo en su cama.

MEDIAS DE SEGURIDAD

- ★ Antes de iniciar se debe dar una breve explicación al paciente.
- ★ Evitar la presión irregular porque podría causar cortaduras.
- ★ Lavarse las manos antes de iniciar y después del procedimiento.

LAVADO DE MANOS

CONCEPTO

Es la realización del lavado frecuente y a fondo que se realiza para eliminar agentes patógenos de las manos y con ello reducir el riesgo de diseminación de infecciones.

OBJETIVOS

- a) Disminuir la incidencia de infecciones intra hospitalaria.
- b) Disminuir la estancia hospitalaria del paciente.
- c) Disminuir la morbi-mortalidad por infecciones nosocomiales.

PRINCIPIOS

- a) El jabón emulsiona la grasa, el agua las arrastra fuera de la piel.
- b) Las soluciones antisépticas inhiben o destruyen los gérmenes.
- c) Las manos son un vehículo de transmisión de infecciones.
- d) La piel integra es impermeable a la mayor parte de los microorganismos
- e) Las manos limpias (sanas, de piel integra, con uñas recortadas, limitan al mínimo el riesgo de contaminación).
- f) La piel es resistente a varios agentes químicos, frío, calor y radiaciones.
- g) La humedad favorece la producción de microorganismos.

MATERIAL

Agua corriente.
Jabón.
Solución antiséptica
Toallas de papel.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Proceda a abrir la llave del agua, para humedecer las manos.
- ❖ Tomar el jabón y frotar con las manos hasta hacer abundante espuma durante 10- 20 segundos.
- ❖ Enjuagar la barra de jabón antes de regresarla a la jabonera.
- ❖ Enjuagarse bien las manos y muñecas.
- ❖ Séquese manos y muñecas, aplicando suaves y pequeños toques con la toalla de papel.
- ❖ Cierre las llaves cubriéndola con la toalla de papel.
- ❖ Mantener las manos por encima de la cintura.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Indicar a toda persona que baya a estar en contacto con el paciente que deberán realizar este procedimiento cada vez que sea necesario.
- ★ Al iniciar y terminar el turno deberá lavarse las manos.

- ★ Antes y después de cualquier procedimiento.
- ★ Antes de preparar medicamentos y aplicarlos.
- ★ Después del contacto directo o indirecto con secreciones, excreciones o sangre del paciente.
- ★ Evitar salpicar agua a su propia persona o al suelo durante el procedimiento.
- ★ Retirar los anillos, reloj y pulseras antes de iniciar el procedimiento.
- ★ Durante el procedimiento preste atención en la zona situada por debajo de las uñas y alrededor de la cutícula, pulgares, los nudillos y los lados de las manos.
- ★ Si va calzarse guantes estériles lave previamente sus manos con solución antiséptica.
- ★ Evitar que el uniforme toque el lavabo durante el procedimiento.
- ★ Utilice una solución antiséptica cuando deba eliminar con seguridad microorganismos de las manos, como sucede antes y después de manejar un instrumento que penetra al interior del cuerpo y de efectuar cuidados de heridas y cambio de apósitos, así como después de contaminarse las manos con microbios virulentos.

MEDIDAS DE COMODIDAD Y SEGURIDAD AL PACIENTE

CONCEPTO

Son las maniobras que se llevan a cabo, para proporcionar al paciente un estado de bienestar, físico y así mismo evitar riesgos y accidentes.

OBJETIVOS

- a) Proteger al paciente de posibles accidentes.
- b) Evitar lesiones y complicaciones que podrían surgir de las caídas.
- c) Proporcionar al paciente, comodidad y bienestar durante la estancia hospitalaria.

PRINCIPIO

- a) El bienestar del paciente favorece el descanso y su tranquilidad emocional.
- b) Inmovilizar al paciente cuando es necesario.
- c) Evitar accidentes en ocasiones graves para el paciente.

MATERIAL

Apósitos.
Tela adhesiva.
Venda elástica o gasa.
Almohada.
Ropa de cama.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Realizar cambios frecuentes al paciente para favorecer una buena posición anatómica.
- ❖ Proporcionar una sujeción adecuada, si es necesario tomando en cuenta lo siguiente:
 - ❖ Explicar al paciente y familiares la necesidad del procedimiento.
 - ❖ Descubrir el miembro a sujetar, cubrir y proteger con apósitos unidos previamente con tela adhesiva.
 - ❖ Sujetar la venda en barandales o tambor de cama.
 - ❖ Revisar frecuentemente el estado y coloración de la piel, confirmando que no exista sensación de hormigueo.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Vigilar constantemente el estado, coloración y temperatura de la piel.
- ★ Una sujeción que quede floja no cumple su objetivo y lesiona por roce continuo.
- ★ Observar que el paciente y su ropa de cama, permanezca limpia y seca.
- ★ Dar masaje en la espalda y miembros inferiores al paciente con reposo absoluto 2 veces al día sino hay contraindicación alguna.

MECANICA CORPORAL

CONCEPTO

Es el campo del conocimiento que estudia el uso eficiente del cuerpo como una máquina y como medio de locomoción, existe una relación directa entre la mecánica corporal y el funcionamiento correcto y armónico del sistema músculo esquelético en coordinación con el sistema nervioso.

La aplicación de la mecánica corporal estriba fundamentalmente en la postura, posición, movilización y traslado de un individuo u objeto.

POSTURA

Es la alineación de segmentos orgánicos que se adopta espontáneamente en forma correcta o incorrecta.

POSTURA ERECTA

La cabeza está erecta.

La cara mira hacia delante, en la misma dirección que los pies.

Se dirige el tórax hacia arriba y adelante.

La columna vertebral se encuentra extendida y sus curvaturas se encuentran dentro de los límites normales.

Se llevan los músculos abdominales hacia arriba y los glúteos hacia abajo.

Las rodillas están en extensión, y no flexionadas ó en hiperextensión.

Los pies en ángulo recto con las piernas.

La línea de gravedad pasa por el centro de las rodillas y por la parte frontal de la articulación del tobillo.

La base de apoyo corresponde a las plantas de los pies y el peso se distribuye en estas últimas y los talones.

POSTURA SEDENTE CORRECTA

Es similar a la erecta, excepto:

Las caderas están flexionadas.

Las rodillas están flexionadas y no se cruzan.

La base de apoyo corresponde a los glúteos y la parte superior del muslo.

La región poplítea debe estar más allá del borde de la silla.

POSICIÓN

Es la alineación de segmentos orgánicos que se adecua en forma intencional con fines de comodidad diagnóstico o tratamiento.

OBJETIVOS

- a) Mantener una actitud funcional.
- b) Mantener el funcionamiento corporal en equilibrio.
- c) Contribuir a la exploración física.

- d) Apoyar en la explicación de los tratamientos necesarios.
- e) Prevenir anomalías del aparato músculo esquelético y del sistema nervioso periférico.

PRINCIPIOS

- a) El uso eficaz de los músculos permite conservar energía y reducir los esfuerzos.
- b) Usar el peso del cuerpo como fuerza para empujar o jalar.
- c) Una posición correcta permite una relación óptima de la exploración física y la aplicación de los tratamientos indicados.
- d) El uso de músculos largos, grandes y fuertes evitan lesiones músculo esqueléticas, en especial de la columna vertebral.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Usar los músculos más largos y fuertes de los miembros inferiores y superiores a fin de tener la fuerza necesaria para actividades extenuantes.
- ❖ Usar la cintura interna y alargar el diafragma para estabilizar la pelvis y proteger las vísceras abdominales al agacharse, alcanzar un objeto y levantarlo o empujarlo.
- ❖ Al utilizar el peso del cuerpo se apoya en los pies ó inclinándose hacia atrás y adelante.
- ❖ Para mover un objeto es mejor, deslizar, rodar, empujar o jalar en vez de levantarlo.
- ❖ Esto reduce la utilización de energía a utilizar para evitar ir contra la fuerza de gravedad.
- ❖ Separar los pies para tener una base de apoyo más amplia cuando se requiere mayor estabilidad del cuerpo.
- ❖ Flexionar las rodillas, poner en función la cintura interna y acercarse al objeto que se va a levantar del suelo.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Los músculos de la espalda son menos fuertes y se lesionan con facilidad si se les emplea en forma inapropiada.
- ★ Trabajar tan cerca como sea posible del objeto que se va a levantar o mover.

MOVILIZACIÓN ACTIVA DE ARTICULACIONES

CONCEPTO

Es la serie de ejercicios que se le realizan a un paciente el cual está confinado al reposo absoluto o por falta de uso cotidiano de algunas articulaciones cuyo uso está limitado.

Pueden ser pasivos o activos.

a) Ejercicios pasivos:

Son los medios manuales o mecánicos de movilización de articulaciones y tejidos finos.

b) Ejercicios activos

Son los del arco de movimiento de articulaciones que realiza el propio paciente.

OBJETIVOS

- a) Mantener al paciente en el mejor estado físico posible.
- b) Disminuir el riesgo de sufrir contracturas.
- c) Mejorar la circulación.

PRINCIPIOS

- a) Los pacientes reclusos en cama por tiempo prolongado están en riesgo de perder el tono muscular y pueden surgir contracturas.
- b) La inactividad origina atonía muscular y atrofia.
- c) La anomalía en la estructura anatomofuncional, la pérdida de equilibrio o el sentido de la posición son indicadores de alteraciones locomotoras potenciales o reales.
- d) Una posición correcta requiere de poco esfuerzo para mantener el cuerpo alineado.
- e) La mayor parte de los patrones de movimientos musculares necesarios para la posición y locomoción se efectúan a nivel de la médula espinal.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Explorar físicamente al paciente.
- ❖ Determinar tipo de movilización que el paciente requiere.
- ❖ Colocar al paciente en posición acorde al tipo de movilización a realizar.
- ❖ Realizar la movilización requerida con movimientos suaves pero firmes.
- ❖ Dejar al paciente en posición cómoda.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Evaluar de una forma integral al paciente para determinar el tipo de movilización a realizar.
- ★ No realizar movimientos bruscos al iniciar los ejercicios.
- ★ Explicar al paciente y familiares la importancia del funcionamiento músculo esquelético.

PREPARACIÓN Y APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS

CONCEPTO

Es el método por el cual se proporcionan elementos al organismo humano por diferentes vías con fines terapéuticos.

5 correctos que la enfermera deberá tomar en cuenta para la aplicación de los medicamentos: paciente correcto, medicamento correcto, hora correcta, dosis correcta, vía correcta , para evitar cometer algún error.

PREPARACIÓN Y APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA PARENTERAL.

CONCEPTO

Es la aplicación de medicamentos por vías que no guardan relación con los intestinos. en forma de soluciones ó suspensión pero estrictamente por inyección con fines preventivos, diagnósticos o terapéuticos.

APLICACIÓN POR VÍA INTRADÉRMICA

CONCEPTO

Es aquella inyección la cual requiere una absorción lenta, está absorción se logra por los capilares, se aplica en la capa situada inmediatamente bajo la superficie de la piel (dermis) en volúmenes pequeños.

Esta vía se utiliza cuando se desea obtener efectos locales más que sistémicos del medicamento.

Se utiliza principalmente para pruebas de sensibilidad.

OBJETIVO

Obtener un diagnóstico de sensibilidad y resistencia del cuerpo a algunos sustancias activas de los medicamentos.

PRINCIPIO

La piel es el órgano más sensible para poder observar las reacciones del cuerpo a algunas sustancias.

MATERIAL

Torundas alcoholadas.

Jeringa de insulina.

Charola de medicamentos.

PROCEDIMIENTO

❖ Lavarse las manos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- ❖ Cargar la sustancia prescrita.
- ❖ Extraer todo el aire que contenga la jeringa.
- ❖ Poner el capuchón a la jeringa con cuidado de no pincharse y colocarla en la charola para su traslado con el paciente.
- ❖ Explicar al paciente el procedimiento a realizar.
- ❖ Colocar al paciente en la posición correcta.
- ❖ Elegir la zona: cara externa del brazo, pliegue abdominal, cara interna y externa del brazo, cara externa del muslo o zona escapular.
- ❖ Desinfectar la zona con antiséptico.
- ❖ Estirar la piel.
- ❖ Introducir en la dermis la aguja acoplada a la jeringa, tangencialmente y con el bisel hacia arriba en un ángulo de 15,° para comprobar que no se ha introducido en alguna vena.
- ❖ Inyectar el medicamento lentamente, se debe producir una pápula.
- ❖ Retirar la aguja y no dar masaje para evitar el riego del medicamento.
- ❖ Una vez terminada la técnica se dejará registrada en la hoja de enfermería correspondiente la hora en que hemos administrado el medicamento.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Observar el área en busca de signos de alguna reacción a intervalos prescritos por lo regular de 24 a 72 hrs.
- ★ Si se da masaje después de la aplicación se podría interferir en los resultados de la prueba correspondiente.
- ★ Evitar las áreas donde hay cicatrices equimosis, abrasiones o infecciones.
- ★ Asegurarse de la correcta comprensión de la orden y poder aclarar dudas si las hubiera
- ★ Identificar al paciente con el nombre, para evitar confusiones a la hora de aplicar los medicamentos.
- ★ La persona que prepara el medicamento será siempre la que lo aplique

APLICACIÓN POR VÍA SUBCUTÁNEA

CONCEPTO

Es aquella la cual se aplica en el tejido subcutáneo situado bajo la piel, es una inyección de pequeñas cantidades de sustancias muy solubles, esta ruta se emplea cuando se desea que la acción sea más lenta y más duradera.

OBJETIVO

Obtener una absorción lenta del medicamento y más duradera.

PRINCIPIO

El tejido subcutáneo es menos vascularizado es por ello que se emplea esta vía cuando se requiere de una absorción del medicamento lenta.

MATERIAL

Torundas alcoholadas.
Jeringa de insulina.
Charola de medicamentos.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Lavarse las manos.
- ❖ Cargar la sustancia prescrita.
- ❖ Extraer todo el aire que contenga la jeringa.
- ❖ Poner el capuchón a la jeringa con cuidado de no pincharse y colocarla en la charola para su traslado con el paciente.
- ❖ Explicar al paciente el procedimiento a realizar.
- ❖ Colocar al paciente en la posición correcta.
- ❖ Elegir la zona: cara externa del brazo, pliegue abdominal, cara interna y externa del brazo, cara externa del muslo o zona escapular.
- ❖ Desinfectar la zona con antiséptico.
- ❖ Con una mano tomar un pliegue cutáneo entre los dedos y con la otra introducir la aguja acoplada a la jeringa, en un ángulo de 45°.
- ❖ Aspirar, y si no sale sangre, proceder a inyectar lentamente el medicamento.
- ❖ Retirar la aguja con un movimiento rápido y masajear (sin presionar) en el punto de inyección con la torunda alcoholada.
- ❖ Una vez terminada la técnica se dejará registrada en la hoja de enfermería la hora en que hemos administrado el medicamento.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ El masaje es importante para diseminar la solución medicamentosa en los tejidos.
- ★ El masaje no deberá ser con mucha presión para no lesionar.
- ★ Asegurarse de la correcta comprensión de la orden y poder aclarar dudas si las hubiera
- ★ Identificar al paciente con el nombre, para evitar confusiones a la hora de aplicar los medicamentos.
- ★ La persona que prepara el medicamento será siempre la que lo aplique

APLICACIÓN POR VÍA INTRAMUSCULAR

CONCEPTOS

Procedimiento por el cual se aplica una sustancia en el tejido muscular, es de empleo frecuente cuando los fármacos son irritantes, se emplea para inyectar volúmenes relativamente grandes de soluciones.

OBJETIVO

- a) Obtener una absorción mas rápida que por la vía subcutánea.
- b) Poder inyectar un volumen de solución mayor.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PRINCIPIOS

- a) En las capas profundas del tejido muscular son escasas las terminaciones nerviosas es por ello que se emplea esta vía para algunos medicamentos que pudieran resultar irritantes por otras vías.
- b) El peligro de daño tisular es menor cuando los líquidos entran en las capas musculares profundas.

MATERIAL

Charola para el traslado de medicamentos.

Torundas alcoholadas.

Jeringa de 3ml, con aguja de 3.7cm con número 20-22 dependiendo de la viscosidad del medicamento.

Procedimiento

- ❖ Lavarse las manos.
- ❖ Cargar la sustancia prescrita.
- ❖ Extraer todo el aire que contenga la jeringa.
- ❖ Poner el capuchón a la jeringa con cuidado de no pincharse y colocarla en la charola de traslado.
- ❖ Elegir la zona: generalmente la mas utilizada es el cuadrante supero-externo de la región glútea, siendo la zona de primera elección, ó bien utilizar el brazo (región deltoides), dorso glúteo, ventroglúteo, vasto externo (muslo).
- ❖ Desinfectar la zona
- ❖ Introducir profundamente la guja montada, en la jeringa se toma con un ángulo de 90°, mediante un movimiento enérgico y seguro.
- ❖ Aspirar para comprobar que no se está en vaso sanguíneo, repitiendo esta operación cuantas veces sea necesario, e introducir lentamente el medicamento.
- ❖ Retirar la aguja y jeringa con un movimiento rápido.
- ❖ Presionar la zona con el algodón.
- ❖ Una vez terminada la técnica se dejará registrada en la hoja de enfermería la hora en que hemos administrado el medicamento.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ No inyectar si el músculo se siente duro a la palpación ó el paciente refiere sensibilidad.
- ★ Procurar extraer la jeringa en el mismo ángulo que se introdujo para disminuir las molestias y la irritación tisular.
- ★ Permitir que el paciente exprese sus temores y dudas que pudiera tener.
- ★ Asegurarse de la correcta comprensión de la orden y poder aclarar dudas si las hubiera
- ★ Identificar al paciente con el nombre, para evitar confusiones a la hora de aplicar los medicamentos.
- ★ La persona que prepara el medicamento será siempre la que lo aplique

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

APLICACIÓN POR VÍA INTRAVENOSA

CONCEPTO

Es el procedimiento por el cual se aplica una sustancia directamente en una vena, se utiliza cuando se requiere de una absorción casi inmediata, o se requieren pasar volúmenes variables de soluciones acuosas.

Es un medio adecuado para realizar tratamientos de los desequilibrios hídricos.

OBJETIVO

Lograr una absorción de respuesta casi inmediata de algún medicamento.

PRINCIPIO

La circulación resulta un método efectivo para lograr una rápida absorción y obtener una respuesta terapéutica efectiva.

MATERIAL

Charola para el traslado de los medicamentos.

Torundas alcoholadas.

Compresor.

Jeringa.

Aguja de 3.7cm del número 20-22 dependiendo de la viscosidad de la solución a pasar.

Guantes desechables.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Lavarse las manos.
- ❖ Preparar el medicamento y cargarlo en la jeringa.
- ❖ Colocar el medicamento preparado en la charola de traslado.
- ❖ Dar una pequeña explicación al paciente de el procedimiento a realizar.
- ❖ Calzarse los guantes.
- ❖ Elegir la vena.
- ❖ Colocar el compresor.
- ❖ Dar un pequeño masaje en la vena elegida, en dirección ascendente, para facilitar su llenado.
- ❖ Desinfectar la zona de punción.
- ❖ Estirar la piel con la yema de los dedos y con la otra mano coger la jeringa con la aguja acoplada y el bisel hacia arriba.
- ❖ Dirigir la aguja hacia la vena, aspirar comprobando que está en vaso sanguíneo y retirar el compresor.
- ❖ Proceder a introducir el medicamento muy lentamente para evitar lesiones.
- ❖ Retirar la guja y presionar durante cinco minutos, con una gasa o algodón.
- ❖ Retirarse los guantes y desecharlos.
- ❖ Colocar un apósito (o torunda alcoholada) y fijarlo con tela adhesiva.
- ❖ Lavarse las manos.
- ❖ Una vez terminada la técnica se dejará registrada en la hoja de enfermería

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

correspondiente la hora de aplicación y tipo de medicamento que se aplico.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- * Explicar al paciente el procedimiento a realizar procurando no hablarle de forma que el paciente comprenda para lograr su total colaboración.
- * Comprobar en el medicamento (fecha de caducidad y características organolépticas, la dosis y la vía de administración).
- * Asegurarse de la correcta comprensión de la orden y poder aclarar dudas si las hubiera
- * Identificar al paciente con el nombre, para evitar confusiones a la hora de aplicar los medicamentos.
- * La persona que prepara el medicamento será siempre la que lo aplique

PREPARACIÓN Y APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ORAL

CONCEPTO

Es el procedimiento por el cual se administran medicamentos a la circulación sistémica en estado líquido ó sólido teniendo como finalidad la absorción en el estómago y el intestino delgado.

OBJETIVO

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

PRINCIPIOS

- a) Evitar el contacto directo de las manos con los medicamentos esto reduce el riesgo de contaminarlo.
- b) La piel tiene la capacidad de absorción y es por este medio que la enfermera podría absorber las sustancias de algunos medicamentos.

MATERIAL

Charola para el traslado de los medicamentos.
Receta médica.
Vasos de medicación desechables.
Mortero.
Jeringa (en caso de jarabes).

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

PROCEDIMIENTO

- ❖ Lavarse las manos.
- ❖ Preparar el medicamento, sin contaminar el mismo.
- ❖ Para tabletas o cápsulas de un frasco vierta el numero requerido de tabletas en la tapa del frasco y luego transfiera la medicación al vaso desechable sin tocar las tabletas.

- ❖ Si el paciente tiene dificultad para tragar, triture los comprimidos en un mortero o entre dos cucharas, para que el paciente pueda tomarla sin dificultad.
- ❖ Para medicación líquida se retira el tapón se sujeta la botella y se introduce la jeringa, se jala el émbolo para succionar la cantidad prescrita o en su defecto colocar un vaso medidor a la altura de los ojos y verter el líquido hasta que llegue a la lúnula (guía para medir).
- ❖ Una vez terminada la técnica se dejará registrada en la hoja de enfermería correspondiente la hora de aplicación y tipo de medicamento que se aplico.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ El lavado de las manos antes y después de la aplicación de los medicamentos es un factor importante para disminuir la diseminación de infecciones.
- ★ El lavado de manos después de la preparación de medicamentos disminuye los riesgos de que la enfermera llegara a absorber el medicamento por medio de la piel y así evitar futuras complicaciones.
- ★ Asegurarse de la correcta comprensión de la orden y poder aclarar dudas si las hubiera
- ★ Identificar al paciente con el nombre, para evitar confusiones a la hora de aplicar los medicamentos.
- ★ La persona que prepara el medicamento será siempre la que lo aplique

PREPARACIÓN Y APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA TÓPICA

CONCEPTO

Se le da el nombre a la aplicación de un fármaco, en estado líquido semisólido ó sólido, que se efectúa directamente en el sitio corporal en el que se requiere se ejerza los efectos terapéuticos.

OBJETIVOS

- a) Lograr un efecto terapéutico o de alivio directamente en la parte afectada.
- b) Disminuir el prurito.
- c) Lubricar la piel o suavizarla.
- d) Causar vasoconstricción o vaso dilatación locales
- e) Aumentar o disminuir las secreciones cutáneas.
- f) Aplicar un recubrimiento protector de la piel.
- g) Aplicar un antibiótico o antiséptico para tratar o prevenir infecciones.

PRINCIPIO

La absorción de algunos fármacos en la piel es limitada e impredecible.

MATERIAL

Abatelenguas.
Isopos.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Guantes desechables.
Jabón.
Agua estéril.
Torundas secas.
Lámpara de chicote (en caso necesario).

PROCEDIMIENTO

- ❖ Cerciorarse de colocar el material cerca de la unidad del paciente para evitar pérdida de tiempo.
- ❖ Calzarse los guantes para realizar limpieza de la zona antes de la aplicación del fármaco.
- ❖ Limpiar la piel con agua y jabón perfectamente, para eliminar los restos de células muertas y grasas.
- ❖ Aplicar el medicamento, según prescripción.
- ❖ Aplicar calor local en la zona, para mejorar así la circulación e incrementar la absorción.
- ❖ Retirar los guantes y desecharlos.
- ❖ Anotar la dosis y hora en la hoja de registro de enfermería correspondiente.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Cerciorarse de que la piel se encuentre limpia y seca antes de la aplicación de cualquier agente.
- ★ Calentar un poco el medicamento con las manos para evitar una reacción de escalofríos en el paciente.
- ★ En caso de que el medicamento sea loción se deberá sacudir el frasco antes de su uso esto es con la finalidad de que el ingrediente activo llegue a la piel en las cantidades deseadas.
- ★ Asegurarse de la correcta comprensión de la orden y poder aclarar dudas si las hubiera
- ★ Identificar al paciente con el nombre, para evitar confusiones a la hora de aplicar los medicamentos.
- ★ La persona que prepara el medicamento será siempre la que lo aplique

PREPARACIÓN Y APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VIA OFTÁLMICA

CONCEPTO

Es la aplicación de medicamentos líquidos o sólidos en el saco conjuntival, con fines locales de diagnóstico o tratamiento.

OBJETIVO

Lograr el bienestar del paciente y su comodidad.

PRINCIPIOS

- a) Destrucción de microorganismos gracias a los medicamentos.
- b) Si no se limpian las secreciones de los párpados pueden ser introducidas al ojo.

MATERIAL

Algodón.
Guantes.
Agua estéril ó solución salina.
Pañuelos desechables.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Colocar el material cerca de la unidad del paciente.
- ❖ Limpiar los párpados, para esto se utilizara el algodón previamente impregnado con agua ó solución salina.
- ❖ Extraer la cantidad de solución en el gotero, para no desperdiciar el medicamento.
- ❖ Sostener el frasco gotero en el punto más alto.
- ❖ Se pedirá al paciente que flexione hacia atrás la cabeza y mire hacia lo alto.
- ❖ Se colocara el pulgar o dos dedos protegidos por el guante, por debajo de las pestañas, cerca del borde del párpado inferior y se hará presión descendiente en sentido de la órbita.
- ❖ La enfermera sostendrá el gotero pero no al grado de tocar los párpados, el globo del ojo o las pestañas.
- ❖ Colocar el número exacto de gotas en el centro del saco conjuntival descubierto.
- ❖ Se pedirá al paciente que mueva los ojos después de instalar las gotas.
- ❖ Se proporcionará un pañuelo de papel desechable para absorber las gotas que derramen los ojos.
- ❖ Anotar la dosis y hora en la hoja de registro de enfermería correspondiente.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- * Procurar no hacer presión sobre el globo ocular porque produce daño y malestar.
- * Asegurarse de la correcta comprensión de la orden y poder aclarar dudas si las hubiera
- * Identificar al paciente con el nombre, para evitar confusiones a la hora de aplicar los medicamentos.

PREPARACIÓN Y APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL CONDUCTO AUDITIVO

CONCEPTO

Es la medicación local que se aplica en el conducto auditivo con fines terapéuticos ó anestésicos.

OBJETIVOS

- a) Aliviar el dolor.
- b) Destruir microorganismos, dar muerte a insectos que pudieran haber entrado al conducto auditivo.

PRINCIPIO

Lograr la absorción del medicamento por medio del conducto auditivo.

MATERIAL

Charola con el medicamento prescrito.
Algodón.
Solución salina.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Recostar al paciente sobre el lado no afectado.
- ❖ Limpiar oído externo, con el algodón impregnado con solución salina.
- ❖ Tomar el oído por el pabellón auricular y tirar muy suavemente sin presionar dirigiéndolo hacia arriba y atrás.
- ❖ Tomar el frasco gotero que se va administrar.
- ❖ Sostener el gotero en el oído, con su extremo por arriba del conducto auditivo, permitir que las gotas deslicen en la pared de tal conducto para no lesionarlo.
- ❖ Introducir un fragmento de algodón e indicar al paciente que permanezca apoyando la cabeza del lado contrario de donde se aplico el medicamento.
- ❖ Esperar unos 15 minutos entre una y otra instalación.
- ❖ Anotar la dosis y hora en la hoja de registro de enfermería correspondiente.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ El medicamento se deberá tener a temperatura corporal para minimizar molestias.
- ★ Verificar los cinco correctos con el medicamento.
- ★ Asegurarse de la correcta comprensión de la orden y poder aclarar dudas si las hubiera
- ★ Identificar al paciente con el nombre, para evitar confusiones a la hora de aplicar los medicamentos.
- ★ La persona que prepara el medicamento será siempre la que lo aplique.

PREPARACIÓN Y APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA NASAL

CONCEPTO

Es la aplicación de un medicamento en las fosas nasales en estado líquido ó en forma de rocío con fines terapéuticos.

OBJETIVO

Lograr el bienestar del paciente.

PRINCIPIOS

- Las partículas de polvo que pudieran alojarse en las fosas nasales llegan a provocar incomodidad al paciente.
- La mucosa nasal tiene la capacidad de absorber ciertos medicamentos.

MATERIAL

Charola de traslado con el medicamento indicado.
Paños desechables.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Pedir al paciente se suene varias veces la nariz para lograr la expulsión de las secreciones.
- ❖ Ayudar al paciente a asumir la posición sedente con la cabeza en hiperextensión.
- ❖ Colocar con cuidado el gotero en el vestibulo nasal sin tocar la mucosa.
- ❖ Indique al paciente que conserve la cabeza extendida hacia atrás durante unos minutos.
- ❖ Dar al paciente un pañuelo desechable.
- ❖ Anotar la dosis y hora en la hoja de registro de enfermería correspondiente.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Asegurarse de la correcta comprensión de la orden y poder aclarar dudas si las hubiera.
- ★ Identificar al paciente con el nombre, para evitar confusiones a la hora de aplicar los medicamentos.
- ★ La persona que prepara el medicamento será siempre la que lo aplique.

PREPARACION Y APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VIA VAGINAL

CONCEPTO

Método local por medio del cual se aplica un medicamento, semisólido ó sólido, por vía vaginal con un fin terapéutico.

OBJETIVOS

- Restablecer el PH de la mucosa vaginal.
- Proporcionar confort y comodidad al paciente.
- Disipar las molestias que el paciente pudiera tener.

PRINCIPIO

La alteración del PH de la mucosa vaginal da lugar a que microorganismos oportunistas se introduzcan en ella provocando enfermedad en la paciente.

MATERIAL

Guantes.

Jalea para lubricar.

Jeringa (o aplicador) en caso necesario.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Pedir al paciente e indicarle que tome la posición ginecológica.
- ❖ Lavarse las manos.
- ❖ Llenar la jeringa o el aplicador con la crema vaginal en la cantidad exacta.
- ❖ Calzarse los guantes.
- ❖ Separar adecuadamente los labios y descubrir el orificio vaginal.
- ❖ Lubricar con un poco de jalea el aplicador e introducirlo en la vagina hasta donde no cause molestias en tanto se dirige un poco hacia abajo.
- ❖ Hundir el émbolo para lograr la introducción de la sustancia.
- ❖ Extraer el aplicador en tanto se conserva hundido el émbolo y permite que los labios reasuman su posición normal.
- ❖ Para la aplicación de óvulos la técnica será la misma excepto que esté se introduce con los dedos (índice y medio).
- ❖ Se le pedirá al paciente que permanezca recostada para evitar la expulsión de el medicamento.
- ❖ Anotar la dosis y hora en la hoja de registro de enfermería correspondiente.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Se explicara el procedimiento al paciente para favorecer su colaboración.
- ★ Es indispensable la utilización de los guantes para este procedimiento.
- ★ Dejar que el paciente exprese sus temores e impresiones sobre el procedimiento.
- ★ De preferencia este procedimiento se deberá realizar por la noche para que la paciente permanezca en reposo y con esto favorecer la absorción.

- ★ Asegurarse de la correcta comprensión de la orden y poder aclarar dudas si las hubiera.
- ★ Identificar al paciente con el nombre, para evitar confusiones a la hora de aplicar los medicamentos.
- ★ La persona que prepara el medicamento será siempre la que lo aplique.

PREPARACIÓN Y APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA RECTAL

CONCEPTO

Método local para aplicar ciertos medicamentos, líquidos ó sólidos que se introducen por el recto y requieren de un efecto local.

OBJETIVO

Lograr la absorción de medicamentos que necesitan de la mucosa rectal para lograr su fin terapéutico.

PRINCIPIOS

- a) La absorción del medicamento se lleva acabo mediante la mucosa del recto.
- b) El calor del cuerpo funde el supositorio y esto da paso a que el medicamento se distribuya logrando así la absorción.

MATERIAL

Guantes.
Jalea lubricante.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Ayudar al paciente que asuma la posición de decúbito lateral, con la pierna superior en flexión.
- ❖ Lavarse las manos.
- ❖ Preparar el supositorio.
- ❖ Calzarse los guantes tomar el supositorio colocar un poco de jalea para lubricar.
- ❖ Se le pide al paciente que respire por la boca (esto ayudara a relajar el esfínter anal).
- ❖ Separar las nalgas del paciente.
- ❖ Se introduce con suavidad el supositorio por el ano (aproximadamente 5 cm del recto).
- ❖ Indicarle que intente retener el supositorio al menos 10 minutos para lograr la absorción del medicamento.
- ❖ Extraer el dedo, retirase el guante voltearlo hacia fuera y desecharlo.
- ❖ Anotar la dosis y hora en la hoja de registro de enfermería correspondiente.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Explicarle al paciente el procedimiento a realizar y el motivo por el cual se ha

decidido esta vía de administración.

- ★ Permitir que exprese sus dudas e impresiones que tenga sobre este procedimiento.
- ★ Asegurarse de la correcta comprensión de la orden y poder aclarar dudas si las hubiera.
- ★ Identificar al paciente con el nombre, para evitar confusiones a la hora de aplicar los medicamentos.
- ★ La persona que prepara el medicamento será siempre la que lo aplique.

PREPARACIÓN Y APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS POR INHALACIÓN

CONCEPTO

Procedimiento por medio del cual se aplican medicamentos en estado gaseoso o de vapor, para ser absorbidos a través del aparato respiratorio.

OBJETIVOS

- a) Introducir medicación en las vías respiratorias mediante inspiraciones profundas
- b) Adiestrar al paciente en el uso correcto del inhalador.

PRINCIPIO

Los pulmones tienen riego sanguíneo abundante y un área de superficie grande estas características permiten la absorción de medicamentos provenientes de las vías respiratorias inferiores.

MATERIAL

Inhalador (viene preparado por el laboratorio farmacéutico).

El inhalador contiene: Boquilla o introductor, protector del recipiente.

Recipiente de la medicación, Hoja de tratamiento médico.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Lavarse las manos.
- ❖ Preparar el material.
- ❖ Con la hoja de tratamiento correspondiente, asegurarse del nombre del paciente, número de habitación y de cama, medicamento y dosis a administrar.
- ❖ Explicar al paciente el manejo correcto del inhalador.
- ❖ Quitar con cuidado el cabezal y girar lateralmente la boquilla.
- ❖ Insertar el vástago del recipiente en el orificio interior de la boquilla.
- ❖ Invertir el recipiente y agitar.
- ❖ Colocar la boquilla cerca del paciente.
- ❖ Hacer 2 ó 3 respiraciones profundas, en la última de ellas espirar expulsando la mayor cantidad posible de aire.
- ❖ Colocar la boquilla en la boca y cerrar los labios a su alrededor.
- ❖ Inspirar profundamente al tiempo que se presiona con rapidez el recipiente y la

boquilla.

- ❖ Aguantar la respiración de tres a cinco minutos antes de esperar, para permitir que el medicamento penetre y se deposite en los pulmones.
- ❖ Retirar el inhalador, limpiar la boquilla y guardarlo.
- ❖ Una vez terminada la técnica se dejará registrada en la hoja de enfermería correspondiente.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Vigilar que el manejo del inhalador por el paciente sea el correcto y la medicación se introduzca convenientemente.
- ★ Evitar el uso indiscriminado del inhalador.
- ★ Asegurarse de la correcta comprensión de la orden y poder aclarar dudas si las hubiera.

TOMA DE REACTIVOS

CONCEPTO

Es la serie de procedimientos que se llevan a cabo para ayudar a establecer un diagnóstico sobre el funcionamiento del organismo del ser humano.

TOMA DE GLUCOSA EN SANGRE

CONCEPTO

Método que se utiliza para cuantificar la glucosa en sangre y se necesita solo una gota de sangre que se obtiene del paciente.

OBJETIVOS

- a) Identificar en forma rápida y eficaz las cifras de glucosa en sangre oportunamente.
- b) Iniciar acciones apropiadas cuando las pruebas revelen concentraciones de glucosa anormales.

PRINCIPIO

La presencia de cifras elevadas de glucosa en sangre indican un mal funcionamiento en el organismo del paciente para almacenar la glucosa en el tejido adiposo y en las células musculares.

MATERIAL

Tiras reactivas.
Lancetas.
Torundas alcoholadas.
Reloj con segundero.
Papel absorbente o torundas secas.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Trasladar el equipo a la unidad del paciente.
- ❖ Explicar al paciente 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.
- ❖ Seguir las instrucciones que señalan en el envase de acuerdo a las tiras reactivas utilizadas.
- ❖ Realizar las anotaciones correspondientes a los resultados de la hoja de registro clínico
- ❖ Proporcionar al paciente tranquilidad y comodidad.
- ❖ Proporcionar al equipo los cuidados posteriores a su uso.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Lavarse las manos antes y después de haber realizado el procedimiento.
- ★ Verificar la fecha de vigencia de las tiras reactivas.

IDENTIFICACIÓN DE CETONA EN ORINA

CONCEPTO

Método que se utiliza para la comprobación de presencia de cuerpos cetónicos (acetona, ácido acetoacético, ácido betahidroxibutírico) en orina.

OBJETIVO

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

PRINCIPIO

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

MATERIAL

Pastillas de Acetest (u otro reactivo similar).
Gotero.
Escala cromática.
Papel blanco limpio.
Orina a examinar.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Preparar el equipo y trasladarlo al piso.
- ❖ Recoger la orina del paciente y llevarla al cuarto séptico.
- ❖ Colocar la pastilla reactiva sobre el papel blanco.
- ❖ Agregar sobre la pastilla reactiva o tira reactiva una gota de orina.
- ❖ Observar el color de la pastilla o tira reactiva 45 segundos después y acercarle a la escala cromática para hacer la lectura y anotarla.
- ❖ Efectuar los resultados en la hoja de enfermería correspondiente.
- ❖ Proporcionar al equipo los cuidados posteriores a su uso.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Lavarse las manos antes y después del procedimiento.
- ★ No dejar destapado el frasco del reactivo.
- ★ No confundir la orina del paciente.
- ★ Cumplir las indicaciones médicas dictadas para el caso.
- ★ Utilizar un recipiente limpio para la recolección de orina.

TOMA DE GLUCOSA EN ORINA

CONCEPTO

Método que se utiliza para valorar las cifras de glucosa excretada por el paciente por medio de la orina cuando existen niveles normales o altos de glucosa en sangre.

OBJETIVOS

- a) Determinar la presencia de glucosa en orina a fin de que oriente al personal de enfermería hacia un diagnóstico adecuado.
- b) Intervenir a tiempo para evitar futuras complicaciones.

PRINCIPIO

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

MATERIAL

Pastilla de clinitest (u otro reactivo similar).
Tubo de ensayo.
Gotero.
Escala cromática.
Orina a examinar.
Agua.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Preparar el equipo y traslado al cuarto séptico.
- ❖ Recoger la orina del paciente y llevarla al cuarto séptico.
- ❖ Colocar un tubo de ensayo (utilizando gotero) cinco gotas de orina y diez de agua.
- ❖ Agregar la pastilla del reactivo y esperar a que termine la reacción.
- ❖ Agitar ligeramente el tubo durante 15 segundos y acercarlo a la escala cromática para hacer la lectura y anotarla.
- ❖ Proporcionar al equipo los cuidados posteriores a su uso.
- ❖ Efectuar las anotaciones correspondientes en los registros de enfermería.
- ❖ Si utiliza otro reactivo seguir las instrucciones correspondientes.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ No dejar destapado el frasco del reactivo.
- ★ No confundir las indicaciones médicas para la realización del procedimiento.
- ★ Verificar instrucciones para la toma de glucosa.

INSTALACIÓN DE VENOCLISIS

CONCEPTO

Procedimiento por medio del cual se introducen soluciones en forma continua, al torrente sanguíneo, a través de una vena y por medio de un catéter en un tiempo determinado.

OBJETIVOS

- a) Mantener el balance hidroelectrolítico.
- b) Contar con una vena permeable para la administración de medicamentos.
- c) Para mantener una vía permeable administrando cantidades de soluciones por periodos largos.

PRINCIPIOS

- a) Las venas por su estructura tienden a colapsarse cuando el volumen circulante está disminuido.
- b) El aparato cardiovascular funciona como un sistema cerrado.
- c) El agua es el principal complemento de los organismos vivos.
- d) Los procedimientos relativos a la punción venosa, requieren de una técnica aséptica.

MATERIAL

Envase con la solución indicada con el membrete correspondiente.
Punzocath de diferentes calibres dependiendo la vena del paciente.
Equipo para venoclisis.
Tela adhesiva, micropore ó tregaderm.
Torundas con alcohol.
Ligadura.
Tripié.
Tijeras.
Bolsa para desecho.
Guantes desechables

PROCEDIMIENTO

- ❖ Lavarse las manos.
- ❖ Preparar la solución con o sin medicamentos agregados, sangre o elementos sanguíneos.
- ❖ Instalar el equipo de venoclisis en la solución en la central de enfermería y posteriormente trasladarlo a la unidad del paciente.
- ❖ Purgar el equipo con la solución, de lo contrario se puede provocar un embolo de aire al entrar este en contacto con la circulación del paciente.
- ❖ Explicar al paciente el procedimiento que se va a realizar y colocarlo en posición cómoda.

- ❖ Colocar el envase de solución en el tripié o gancho para soluciones.
- ❖ Calzarse los guantes.
- ❖ Colocar la ligadura a 10 cm del lugar de selección para punzonar.
- ❖ Se debe seleccionar una vena de gran calibre , y la selección deberá ser: de lo distal a lo proximal, es decir en primer lugar se utilizara el dorso de la mano si no es posible se prosigue en la muñeca, si se perfora se intenta en el antebrazo y como ultimo recurso la del pliegue del brazo para evitar el escape de la solución al intersticio si se perforaron las regiones anteriores.
- ❖ Insertar el punzocath con el bisel hacia arriba apoyándose sobre un plano resistente y formando un ángulo menor de 30° entre el punzocath y el sitio a punccionar.
- ❖ Soltar la ligadura y colocar los tubos de ensayo si es que se va a tomar muestras de sangre y dejar que la sangre fluya por gravedad.
- ❖ Conectar el equipo al punzocath y dejar que fluya la solución, si no fluye lo suficientemente rápido investigar si es por altura del frasco o por una posible infiltración si esto último ocurre deberá iniciarse la punción en otra área.
- ❖ Retirar los guantes y desecharlos en el contenedor correspondiente.
- ❖ Fijar el equipo con tela adhesiva, micropore o tregaderm membretar con los siguientes datos: fecha, hora, N° punzocath y nombre de la enfermera.
- ❖ Colocar la extremidad respectiva con férula (si es necesario) sobre todo en pacientes con alteraciones de la conciencia, y regular el goteo de acuerdo a la prescripción médica.
- ❖ Dejar en orden la unidad clínica y vigilar frecuentemente el goteo indicado hasta terminar de pasar la solución prescrita.
- ❖ Vigilar la zona de punción para detectar oportunamente infiltraciones.
- ❖ Asegurarse que el paciente quede cómodo y realizar las anotaciones en la hoja de enfermería correspondiente.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Cerciorarse que el equipo para venoclisis este perfectamente cerrado antes de colocarlo.
- ★ Manejar este procedimiento llevando acabo las técnicas de asepsia.
- ★ Es importante la comunicación del paciente para lograr la cooperación del mismo.
- ★ El empaque del punzocath deberá estar completamente sellado.
- ★ EL equipo se deberá purgar perfectamente para evitar las lesiones al paciente cometidas por iatrogenias.

PROCEDIMIENTOS ESPECIFICOS

PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA TERMOTERAPIA

TERMOTERAPIA

CONCEPTO

Son las medidas terapéuticas que se llevan a cabo para mantener la temperatura del paciente en estado normal, empleando un agente físico que se aplica a una zona del cuerpo y producen un cambio local o sistémico de la temperatura tisular.

APLICACIÓN CON BOLSA DE AGUA CALIENTE O DE HIELO

CONCEPTO

Son las medidas que se llevan a cabo para mantener la temperatura del paciente en los límites normales y estas son de forma seca, empleando un agente físico.

OBJETIVOS

- a) Lograr un efecto terapéutico local.
- b) Lograr el bienestar del paciente.

PRINCIPIOS

- a) Las reacciones al calor y frío se modifican por la duración de la aplicación, grado de calor o frío aplicado, estado del tejido y superficie corporal cubierta por la aplicación.
- b) La franela es aislante para evitar el contacto directo de la bolsa con la piel del paciente y provocarle lesiones.
- c) Al llenar la bolsa solo hasta dos tercios de su capacidad sirve para que el peso no sea excesivo y se amolde fácilmente al contorno corporal.

MATERIAL

Bolsa para agua caliente o hielo.
Franela.
Termómetro.
Agua caliente.
Trozos de hielo pequeños.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Informar al paciente el procedimiento a realizar.
- ❖ Medir la temperatura del agua con el termómetro la temperatura ideal es de 46 a 52°C.
- ❖ Proceder a llenar la bolsa (con agua o con hielo según se requiera) hasta dos tercios de su capacidad.
- ❖ Sacar el aire residual de la siguiente manera: colocarla en una superficie plana, permitir que (el agua o el hielo) llegue hasta la abertura y cerrar la bolsa.

colocándole su tapón.

- ❖ Poner la bolsa de cabeza para verificar si existen fugas.
- ❖ Envolver la bolsa con la franela antes de colocársela al paciente.
- ❖ Anotar en la hoja de enfermería correspondiente la hora de inicio del procedimiento y la respuesta del paciente a él.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Planear el cambio del agua aproximadamente cada hora.
- ★ Suspender la operación cuando se alcance el objetivo adecuado o se observe alguna alteración.
- ★ Observar la piel del paciente durante todo el procedimiento para detectar posibles signos que indiquen la necesidad de modificar o suspender la aplicación tales como: eritema, palidez o cianosis excesiva.
- ★ La aplicación de calor o frío en heridas o lesiones que puedan abrirse, requiere seguir una técnica aséptica para no producir contaminación adicional.
- ★ Tomar las constantes vitales: temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y presión arterial, antes, durante y después del procedimiento ya que son índices de reacciones al calor y al frío.

APLICACIÓN DE CALOR CON ALMOHADILLAS TÉRMICAS ELÉCTRICAS

CONCEPTO

Son las medidas que se llevan a cabo cuando se requiere de una aplicación de calor seco de efecto local dado por un agente físico eléctrico, el calor es constante y uniforme.

OBJETIVOS

- a) Fomenta la curación de heridas.
- b) Alivia de síntomas como el dolor.
- c) Alivio de tensión muscular.
- d) Reducir el edema.
- e) Alivio de la congestión en tejidos distantes.
- f) Calentamiento de una parte corporal.
- g) Acelera los procesos supurativos.

PRINCIPIOS

- a) El calor estimula los receptores de las terminaciones nerviosas sensoriales.
- b) El aumento de la temperatura en algunas ocasiones podría resultar benéfica por que reacciona como mecanismo protector.
- c) La pérdida de calor debe estar en relación directa con la producción del mismo, pues de lo contrario se elevaría la temperatura corporal.

MATERIAL

Almohadilla térmica eléctrica.
Franela o sabana del tamaño de la almohadilla.
Extensión eléctrica (si fuera necesaria).

PROCEDIMIENTO

- ❖ Informar al paciente el procedimiento a realizar.
- ❖ Conectar la almohadilla al suministro de energía.
- ❖ Encender el regulador para permitir que la almohadilla se caliente antes de colocarla al paciente.
- ❖ Envolver la almohadilla con la franela.
- ❖ Colocar la almohadilla en la parte corporal requerida.
- ❖ Graduar la temperatura de la almohadilla.
- ❖ Anotar en la hoja de enfermería correspondiente la hora de inicio del procedimiento y la respuesta del paciente a él.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ No doblar la almohadilla.
- ★ Evitar usar alfileres para fijar la almohadilla.
- ★ Evitar la humedad y los líquidos alrededor de la almohadilla porque podría producirse un corto circuito.
- ★ Nunca se deberá colocar la almohadilla debajo del cuerpo del paciente por que esto provoca una disipación de calor inadecuada.
- ★ Inspeccionar la piel del paciente con frecuencia para evitar quemaduras por exposición prolongada del calor.
- ★ Suspender la operación cuando se alcance el objetivo adecuado o se observe alguna alteración.

APLICACIÓN DE CALOR CON LAMPARAS DE LUZ INFRARROJA

CONCEPTO

Son las medidas que se llevan a cabo cuando se requiere de una aplicación de calor seco de efecto local dado por un agente físico que emite dosis terapéuticas de luz infrarroja. El calor se transmite al paciente por el fenómeno de radiación.

OBJETIVOS

- a) Fomenta la curación de heridas.
- b) Alivia de síntomas como el dolor.
- c) Alivio de tensión muscular.
- d) Reducir el edema.
- e) Alivio de la congestión en tejidos distantes.
- f) Calentamiento de una parte corporal.
- g) Acelera los procesos supurativos.

PRINCIPIOS

- a) El calor estimula los receptores de las terminaciones nerviosas sensoriales.
- b) El aumento de la temperatura en algunas ocasiones podría resultar benéfica por que *reacciona como mecanismo protector*.
- c) La pérdida de calor debe estar en relación directa con la producción del mismo, pues de lo contrario se elevaría la temperatura corporal.

MATERIAL

Lámpara de luz infrarroja.
Sabana para cubrir al paciente.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Llevar todo el material cerca de la cama del paciente.
- ❖ Informar al paciente el procedimiento a realizar.
- ❖ *Exponer el área en que se aplicará el calor y cubrir perfectamente el resto del cuerpo.*
- ❖ Cerciorarse de que la piel se encuentre limpia y seca antes de la aplicación del calor.
- ❖ Colocar la lámpara a una distancia de 45 cm de la piel, y 60 cm si el bulbo de la luz es grande.
- ❖ Verificar la piel del paciente cada 5 minutos.
- ❖ Efectuar el procedimiento durante 20 a 40 min, una o dos veces al día.
- ❖ Una vez transcurrido el tiempo de exposición se debe cubrir el área y proteger al paciente contra el frío y las corrientes de aire, hasta que se restaure la circulación sanguínea normal.
- ❖ *Anotar en la hoja de enfermería correspondiente la hora de inicio del procedimiento y la respuesta del paciente a él.*

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Inspeccionar la piel del paciente con frecuencia para evitar quemaduras por exposición prolongada del calor.
- ★ Suspender la operación cuando se alcance el objetivo adecuado o se observe alguna alteración.
- ★ La aplicación de calor en heridas o lesiones que puedan abrirse, requiere seguir una técnica aséptica para no producir contaminación adicional.
- ★ Tomar las constantes vitales: temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y presión arterial, antes, durante y después del procedimiento ya que son índices de reacciones al calor.

APLICACIÓN DE COMPRESAS HUMEDAS CALIENTES O FRIAS

CONCEPTO

Son las medidas que se llevan a cabo cuando se requiere de una aplicación húmeda siempre que el paciente se encuentre en condiciones de tolerarlas satisfactoriamente, es de efecto local se da por dos agentes físicos que son: el agua que es un buen conductor y por una compresa de algodón que es un material absorbente.

OBJETIVOS

- a) Lograr un efecto terapéutico local.
- b) Lograr el bienestar del paciente.
- c) Reducir los síntomas del paciente.

PRINCIPIOS

- a) El calor estimula los receptores de las terminaciones nerviosas sensoriales.
- b) El aumento de la temperatura en algunas ocasiones podría resultar benéfica por que reacciona como mecanismo protector.
- c) La pérdida de calor debe estar en relación directa con la producción del mismo, pues de lo contrario se elevaría la temperatura corporal.
- d) Las reacciones al calor y frío se modifican por la duración de la aplicación, grado de calor o frío aplicado, estado del tejido y superficie corporal cubierta por la aplicación.

MATERIAL

- Compresas (estéril si se requiere).
- Agua caliente (estéril si se requiere).
- Agua con cubos de hielo (estéril si se requiere).
- Guantes (estériles si se requieren).

PROCEDIMIENTO

- ❖ Informar al paciente sobre el procedimiento a realizar.
- ❖ Preparar todo el material cerca de la unidad del paciente.
- ❖ Sumerja las compresas en el agua hasta que queden empapadas.
- ❖ Coloque al paciente en la posición adecuada.
- ❖ Coloque una tela seca y una cubierta impermeable bajo el miembro o cerca del área en que se aplicara el procedimiento.
- ❖ Lubricar la piel en el área de aplicación, si es que no existe maceración de la misma.
- ❖ Exprima las compresas húmedas hasta que no goteen.
- ❖ Colocar la compresa sobre la piel y, al cabo de varios segundos, levántese para inspeccionar el estado de la piel.
- ❖ Envuélvase el área apretadamente con la compresa, moldeando ésta al contorno

corporal.

- ❖ Continúe el tratamiento durante el tiempo prescrito, que es de apenas 15 a 30 min en los ojos y hasta una hora en las áreas corporales más grandes.
- ❖ Cambie las compresas con la frecuencia necesaria para obtener el efecto terapéutico deseado.
- ❖ Una vez transcurrido el tiempo de exposición se debe cubrir el área y proteger al paciente contra el frío y las corrientes de aire, hasta que se restaure la circulación sanguínea normal.
- ❖ Anotar en la hoja de enfermería correspondiente la hora de inicio del procedimiento y la respuesta del paciente a él.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Planear el cambio del agua aproximadamente cada hora.
- ★ Suspender la operación cuando se alcance el objetivo adecuado o se observe alguna alteración.
- ★ Observar la piel del paciente durante todo el procedimiento para detectar posibles signos que indiquen la necesidad de modificar o suspender la aplicación tales como: eritema, palidez o cianosis excesiva.
- ★ La aplicación de calor o frío en heridas o lesiones que puedan abrirse, requiere seguir una técnica aséptica para no producir contaminación adicional.
- ★ Tomar las constantes vitales: temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y presión arterial, antes, durante y después del procedimiento ya que son índices de reacciones al calor y al frío.

APLICACIÓN DE FRAZADAS HIPOTERMICAS

CONCEPTO

Son las medidas que se llevan a cabo cuando el paciente requiere de la disminución de la temperatura corporal con ayuda de un medio físico y esta aplicación es en seco.

OBJETIVO

Lograr disminuir la temperatura corporal.

PRINCIPIOS

- a) El conocimiento del procedimiento disminuye los temores del paciente y favorece la participación de él.
- b) Mantener un ambiente tranquilo, para aumentar la eficacia del tratamiento.

MATERIAL

Frazada térmica.

Sábana.

Loción para proteger la piel o lanolina.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Explicar el procedimiento al paciente.
- ❖ Limpiar la piel y aplicar una loción o lanolina para protegerla.
- ❖ Colocar una frazada delgada o sábana de algodón entre el paciente y la frazada de enfriamiento.
- ❖ Observar al paciente cada 5 a 15 min durante el tratamiento.
- ❖ Tomar las constantes vitales: temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y presión arterial, antes, durante y después del procedimiento ya que son índices de reacciones al frío además de evaluar la respuesta pupilar y el nivel de conciencia.
- ❖ Apagar la frazada hipotérmica cuando la temperatura del paciente esté 1 a 2°C por arriba de la temperatura deseada.
- ❖ Permitir que el cuerpo del paciente se caliente de nuevo en forma natural.
- ❖ Dejar cómodo al paciente.
- ❖ Anotar en la hoja de enfermería correspondiente la hora de inicio del procedimiento y la respuesta del paciente a él.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Suspender la operación cuando se alcance el objetivo adecuado o se observe alguna alteración.
- ★ Observar la piel del paciente durante todo el procedimiento para detectar posibles signos que indiquen la necesidad de modificar o suspender la aplicación tales como: eritema, palidez o cianosis excesiva.
- ★ Cambiar al posición del paciente cada hora y masajear la piel ; para disminuir el riesgo de que sea limitada la circulación de sangre en la piel.
- ★ Tener a la mano el equipo de urgencias, como un desfibrilador y aparatos de succión.
- ★ Vigilar los signos vitales mientras se restaura la temperatura normal.
- ★ El calentamiento brusco puede causar choque a causa de vasodilatación periférica rápida.

APLICACIÓN DE BAÑOS DE AGUA FRÍA O ALCOHOL CONCEPTO

Son las medidas que se llevan a cabo cuando el paciente requiere de la disminución de la temperatura corporal con ayuda de un medio físico y esta aplicación húmeda puede usarse agua sola, o agregarle alcohol.

OBJETIVOS

- a) Lograr el bienestar del paciente.
- b) Disminuir la temperatura corporal del paciente.
- c) Evitar lesiones.
- d) Conservar la individualidad del paciente.

PRINCIPIOS

- a) El alcohol por su presión mas alta que el agua disipa el calor de la superficie de piel con mayor rapidez.
- b) Es común que el agua fría produzca un efecto contrario al inicio de la terapia es decir que la temperatura aumente.
- c) Las bolsas de hielo enfrían al paciente en forma adicional.
- d) Con los escalofríos el cuerpo intenta conservar el calor.
- e) La fricción aumenta la temperatura corporal.

MATERIAL

Termómetro.
Bolsas de hielo (5 bolsas) y una de agua caliente.
Esponja.
1 Palangana para el agua.
Recipiente ó tánico para la ropa sucia.
Toalla de baño.
Guantes desechables.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Explicar al paciente lo que se va a realizar.
- ❖ Preparar el agua y la solución de alcohol a una temperatura de 29.5 a 32°C. Y en caso de utilizar agua sola su temperatura deberá ser de 29.5°C, pero se agregan hielos a ella mientras se baña al paciente, hasta que la temperatura del agua sea de unos 18°C.
- ❖ Colocar al lado de la cama los artículos necesarios para la realización del procedimiento sobre una mesa.
- ❖ Cerrar ventanas, puertas, y cortinas, asegurándose de que la habitación esté libre de corrientes y proporcionar intimidad al paciente.
- ❖ Lavarse las manos.
- ❖ Colocar la cama en posición alta y retirar las barandillas en caso de que las tenga.
- ❖ Proteger las sábanas con un material impermeable ya que no se seca al paciente durante el procedimiento.
- ❖ Quitarle la bata al paciente.
- ❖ Calzarse los guantes.
- ❖ Se coloca una bolsa de hielo sobre la cabeza del paciente, y las demás en las áreas inguinales y axilares, en donde los vasos sanguíneos están cerca de la superficie de la piel.
- ❖ La bolsa de agua caliente se coloca debajo de los pies del paciente.
- ❖ Se aplica el baño en cara, frente, cuello, brazos y piernas durante 3 a 5 min, y en espalda por espacio de 10 min siguiendo siempre los principios de asepsia.
- ❖ Se cubre cada parte conforme pasa la esponja por ella, pero sin secarla
- ❖ Se pasa de una parte corporal a otra y se continúa el baño durante 25 a 30 min.
- ❖ Evaluar el color y el pulso durante el baño.
- ❖ Secar el cuerpo del paciente sin friccionarlo.

- ❖ Ayudar al paciente a vestir pero sin arroparlo demasiado.
- ❖ Hacer la cama del paciente.
- ❖ Ayúdele a adoptar una posición cómoda.
- ❖ Colocar el timbre y otros artículos que necesita de manera que los pueda alcanzar.
- ❖ Colocar todos los instrumentos de trabajo en su lugar.
- ❖ Evaluar los signos vitales después de media hora de terminado el procedimiento para valorar la eficacia del procedimiento.
- ❖ Anotar en la hoja de enfermería correspondiente la hora de inicio del procedimiento y la respuesta del paciente a él.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ La temperatura de la habitación deberá ser templada de modo que el paciente no sienta escalofríos.
- ★ La bolsa de agua caliente es para evitarle al paciente escalofríos.
- ★ Si existen escalofríos es probable que exista un aumento de la temperatura.
- ★ Si el baño tiene menor duración es probable que el cuerpo no se ajuste al enfriamiento, sino que reacciona conservando el calor y, con esto, aumenta aún más la temperatura el paciente.
- ★ El baño deberá interrumpirse si el paciente presenta alguna reacción desfavorable como: cianosis, cambio importante en los signos vitales.

PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA MONITORIZACIÓN CARDIACA

CONCEPTO

Es la participación del personal de enfermería para lograr la visualización continua de la función cardíaca, del ritmo cardíaco, de la morfología del trazado electrocardiográfico con ayuda de un monitor.

Monitor: Es un dispositivo mecánico que proporciona una señal visual audible o un registro gráfico de una función determinada.

OBJETIVOS

- a) Lograr tener un control visual y sonoro de las alteraciones de la frecuencia cardíaca y/ o ritmo cardíaco.
- b) Obtener un registro instantáneo de cualquier alteración.
- c) Permitir la observación continua de la actividad eléctrica del corazón.
- d) Proporciona supervisión constante durante la fase crítica de la enfermedad del paciente.

PRINCIPIO

La vigilancia constante del ritmo cardíaco en algunos padecimientos es de gran ayuda para poder determinar un diagnóstico oportuno y eficaz.

MATERIAL

Monitor.

Electrodos adhesivos de corchete.

Alcohol.

Rasuradora desechable.

Algodón.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Explicar al paciente lo que se le va a hacer.
- ❖ Conectar el cable al monitor y encender éste.
- ❖ Colocar los electrodos en cada una de las bases de los miembros y el otro en el tórax dependiendo del sitio, de la derivación precordial que queramos.
- ❖ Conectar los cables, de la derivación a los electrodos (especificaciones según aparato).
- ❖ Puesta en marcha del monitor.
- ❖ Seleccionar la derivación y velocidad del trazado.
- ❖ Fijar el trazado en una posición adecuada en la pantalla.
- ❖ Regular la amplitud del trazado.
- ❖ Fijar los límites inferior y superior del sistema de alarma.
- ❖ Dejar al paciente en la posición adecuada.
- ❖ Realizar las anotaciones de enfermería en la hoja correspondiente.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Explicar al paciente el procedimiento a realizar para lograr su cooperación.
- ★ Mantener la integridad de la piel.
- ★ Mantener la región torácica del paciente descubierta y libre de alhajas.
- ★ Conectar correctamente los electrodos para que éstos no se aflojen.
- ★ Verificar la fecha de caducidad de los electrodos
- ★ Al aplicar los electrodos, no presionar en el centro, pues esto puede ocasionar el desplazamiento de la jalea y por lo tanto, no se adhiere a la piel.
- ★ Si el paciente tiene abundante bello en las zonas a colocar las determinaciones es recomendable el rasurado previa colocación.
- ★ Explicarle al paciente que es importante que este tranquilo y relajado durante el estudio.

REGISTRO Y VALORACIÓN DEL TRAZO ELECTROCARDIOGRAFICO

CONCEPTO

Es el registro gráfico de la actividad eléctrica del corazón, realizado por medio de un electrocardiógrafo.

REGISTRO Y VALORACIÓN DEL TRAZO ELECTROCARDIOGRAFICO DE REPOSO

CONCEPTO

Es aquel que se le realiza al paciente en su cama ó en cualquier otro sitio donde pueda acostarse en posición supina, y es utilizado para valorar la actividad cardíaca normal.

OBJETIVOS

- a) Obtener un registro preciso sobre la actividad eléctrica del corazón.
- b) Detectar oportunamente las condiciones clínicas cardiológicas.
- c) Detectar desequilibrios en el metabolismo electrolítico.
- d) Detectar trastornos del ritmo y de la conducción eléctrica del corazón.

PRINCIPIOS

- a) Proporcionar las bases para el diagnóstico de arritmias cardíacas, cardiopatía arteriosclerótica, cardiomegalia, trastornos electrolíticos e infarto del miocardio.
- b) Proporcionar un registro gráfico del ritmo cardíaco.

MATERIAL

Electrocardiógrafo.
Alcohol.
Pasta conductora.
Papel de celulosa.
Derivaciones ó electrodos (autoadhesivos).

PROCEDIMIENTO

- ❖ Explicar al paciente el procedimiento a realizar y la importancia de que permanezca lo más relajado posible.
- ❖ Colocar al paciente en posición correcta: decúbito supino, en cama que le permita apoyar los brazos a ambos lados del cuerpo y con las palmas de las manos hacia arriba, tórax y zona distal de las extremidades descubiertos evitando que el paciente roce la estructura metálica de la cama.
- ❖ Valorar los signos vitales y anotar los resultados en la hoja de enfermería correspondiente.
- ❖ Preparar la piel del paciente frotando enérgicamente con papel de celulosa

impregnado en alcohol el tórax y la parte distal de las extremidades.

- ❖ Colocar los electrodos periféricos ajustando (cara interna de la muñeca y región pretibial).

Derivaciones periféricas (anexo 2):

Brazo derecho- Rojo.

Brazo izquierdo -Amarillo.

Pierna derecha- Negro.

Pierna izquierda- Verde.

- ❖ Colocar los electrodos precordiales ajustando las ventosas de la siguiente forma:

Derivaciones precordiales (anexo 3):

C1-Rojo- cuarto espacio intercostal a la derecha del esternón.

C2-Amarillo- Cuarto espacio intercostal a la izquierda del esternón.

C3-Verde- Equidistante entre C2 Y C4.

C4-Marrón- Quinto espacio intercostal izquierdo en la línea media clavicular.

C5-Negro- Línea axilar anterior izquierda. al mismo nivel que C4

C6-Violeta- Línea axilar media izquierda, al mismo nivel C4.

- ❖ Distribuir las derivaciones en los electrodos correspondientes.

- ❖ Realizar el electrocardiograma de acuerdo con las instrucciones de manejo del electrocardiógrafo.

- ❖ Desconectar las derivaciones y retirar los electrodos, limpie los restos de pasta conductora, si se ha utilizado.

- ❖ Cubrir las zonas del cuerpo del paciente que hemos dejado al descubierto y si estuviera encamado arreglar la ropa de la cama.

- ❖ Valorar los signos vitales y anotar los resultados en la hoja de enfermería correspondiente.

- ❖ Anotar el procedimiento realizado en la hoja de registro de enfermería.

- ❖ Limpiar los instrumentos de trabajo y colocarlos en su lugar.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Explicar al paciente la importancia de que este tranquilo durante la realización del estudio ya que cualquier alteración emocional en el paciente puede dar datos erróneos en el resultado.

- ★ Cuidar siempre la individualidad del paciente.

- ★ Se debe evitar en lo posible la realización del electrocardiograma en camilla.

- ★ El equipo deberá ser lavado con desinfectante después de cada uso para disminuir el riesgo de infecciones cruzadas.

- ★ Realizar el lavado de manos antes y después de la realización del procedimiento.

- ★ Una correcta localización de los espacios intercostales puede realizarse utilizando como referencia el ángulo de lewis (formado entre el mango externo y el cuerpo del esternón) que corresponde al segundo espacio intercostal.

- ★ Conectar correctamente los electrodos para que éstos no se aflojen, ya que de ser así, el trazo que se registre dará resultados erróneos y esto llevaría a cometer iatrogenias.

REGISTRO Y VALORACIÓN DEL TRAZO ELECTROCARDIOGRAFICO DE ESTRÉS O DE ESFUERZO

CONCEPTO

Es aquel que se realiza cuando el paciente lleva a cabo ejercicio físico controlado en una banda sinfin y después de él.

OBJETIVOS

- a) Valorar la función del corazón durante el esfuerzo y el ejercicio físico.
- b) Valorar el estado del paciente, en situaciones que ponen en peligro su existencia, para fundamentar el tratamiento de enfermería.
- c) Proporcionar un registro gráfico del ritmo cardíaco.

PRINCIPIOS

- a) Proporcionar las bases para el diagnóstico de arritmias cardíacas, cardiopatía arteriosclerótica, cardiomegalia, trastornos electrolíticos e infarto del miocardio.
- b) La colocación adecuada de las derivaciones permite el registro adecuado del electrocardiograma sobre el papel.

MATERIAL

Electrocardiógrafo.

Alcohol.

Pasta conductora.

Papel de celulosa.

Equipo estacionario de banda sinfin.

Derivaciones ó electrodos (autoadhesivos).

PROCEDIMIENTO

- ❖ Explicar al paciente el procedimiento a realizar y la importancia de que permanezca lo más relajado posible.
- ❖ Valorar los signos vitales y anotar los resultados en la hoja de enfermería correspondiente.
- ❖ Preparar la piel del paciente frotando enérgicamente con papel de celulosa impregnado en alcohol el tórax y la parte distal de las extremidades.
- ❖ Llevar al paciente al cuarto de estudio donde se encuentra el instrumento a utilizar.
- ❖ Colocar los electrodos precordiales ajustando las ventosas de la siguiente forma:

Derivaciones precordiales:

C1-Rojo- cuarto espacio intercostal a la derecha del esternón.

C2-Amarillo- Cuarto espacio intercostal a la izquierda del esternón.

C3-Verde- Equidistante entre C2 Y C4.

C4-Marrón- Quinto espacio intercostal izquierdo en la línea media clavicular.

C5-Negro- Línea axilar anterior izquierda, al mismo nivel que C4

C6-Violeta- Línea axilar media izquierda, al mismo nivel C4.

- ❖ Colocar al paciente en la banda sin fin e indicarle que deberá caminar sobre ella a un paso regular para evitar agitarse demasiado.
- ❖ Realizar el electrocardiograma de acuerdo con las instrucciones de manejo del electrocardiógrafo.
- ❖ Desconectar las derivaciones y retirar los electrodos, limpie los restos de pasta conductora, si se ha utilizado.
- ❖ Cubrir las zonas del cuerpo del paciente que hemos dejado al descubierto.
- ❖ Llevarlo a su cama y dejarlo cómodo.
- ❖ Valorar los signos vitales y anotar los resultados en la hoja de enfermería correspondiente.
- ❖ Anotar el procedimiento realizado en la hoja de enfermería correspondiente.
- ❖ Limpiar los instrumentos de trabajo y colocarlos en su lugar.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Brindar confianza al paciente para obtener la colaboración de este.
- ★ Vigilar estrechamente al paciente durante y después de la prueba.
- ★ Evitar la fatiga extrema.
- ★ Comunicar inmediatamente cualquier hallazgo inesperado.
- ★ En pacientes muy delgados o demacrados, puede ser difícil asegurar los electrodos, debido a la prominencia de las estructuras óseas y a la falta de tejido adiposo.
- ★ Valorar los signos vitales antes y después del procedimiento.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

REALIZACION DE LAVADO VESICAL

CONCEPTO

Proceso por el cual se realiza la irrigación ó lavado del conducto vesical ó la vejiga y existen dos tipos de sistemas el sistema de irrigación continuo cerrado y el sistema abierto.

a) sistema de irrigación continua cerrado: este sistema proporciona un lavado intermitente o continuo sin alterar la esterilidad del sistema de drenaje de la sonda, se utiliza por lo regular en pacientes que han sido sometidos a cirugía genitourinaria y permite el lavado de la vejiga para mantener la permeabilidad de la sonda, sin alterar el sistema ni incrementar el riesgo de entrada de bacterias en el tracto urinario.

b) sistema de irrigación abierto: este sistema se utiliza para mantener la permeabilidad de la sonda es utilizado para irrigaciones vesicales con menor frecuencia y que no existan coágulos sanguíneos o descamaciones en el drenaje urinario pero siempre llevando una técnica aséptica.

OBJETIVOS

- a) Mantener la permeabilidad de la sonda vesical y evitar la distensión de la vejiga.
- b) Limpiar la vejiga o aplicar una solución antiséptica en la mucosa vesical.

PRINCIPIOS

- a) Las sondas vesicales en ocasiones pueden llegar a obstruirse con descamación tisular.
- b) La permeabilidad de la sonda favorece el drenaje de los coágulos y del moco que pudiera tener el paciente.
- c) Una solución fría puede producir molestias y espasmos vesicales.

MATERIAL

- a) sistema de irrigación continua cerrado.

Solución de lavado estéril.

Sonda de irrigación con pinza (con o sin conector en Y).

Soporte de suero (o tripié).

Conector en Y (opcional).

- b) sistema de irrigación intermitente cerrado.

Solución de lavado estéril.

Jeringa estéril de 30 a 50 ml (para introducir la solución en el interior del catéter).

Aguja estéril de 2.5 cm de longitud y calibre 19 a 22.

Torunda de algodón impregnada con solución antiséptica.

Pinzas de Kocher (para obstruir momentáneamente la sonda).

- b) sistema de irrigación abierto

Solución de lavado estéril.

Lebrillo estéril y desechable.
Jeringa con pera o jeringa de 60 ml.
Lebrillo de recolección estéril.
Hule para proteger el colchón.
Envase con solución estéril.
Torundas con solución antiséptica.
Guantes estériles.
Tela adhesiva

PROCEDIMIENTO

Sistema de irrigación intermitente cerrado.

- ❖ Explicar al paciente lo que se va realizar.
- ❖ Lavarse las manos.
- ❖ Colocar al paciente en posición de decúbito supino y retire la tela adhesiva que sujeta y fija la sonda del paciente.
- ❖ Vierta la solución de lavado estéril prescrita a temperatura ambiente, en un lebrillo estéril.
- ❖ Introduzca la solución estéril (a temperatura ambiente) en la jeringa, aplicando para ello una técnica aséptica.
- ❖ Pince la sonda de retención permanente por debajo de la zona blanda para inyección.
- ❖ Póngase los guantes.
- ❖ Limpie la zona de inyección del catéter con una torunda con solución antiséptica (esta misma zona se utiliza para la recogida de muestras).
- ❖ Inserte la aguja de la jeringa a través de esta zona especial, con un ángulo de 30°.
- ❖ Inyecte líquido en el catéter y en la vejiga.
- ❖ Retire la jeringa y la pinza; permita que la solución drene hacia el interior de la bolsa de diuresis.
- ❖ Fije el catéter a la pierna o al muslo del paciente con la tela adhesiva.
- ❖ Ayude al paciente a adoptar una posición cómoda.
- ❖ Baje la cama al máximo y coloque las barandillas laterales.
- ❖ Deseche el material contaminado, quítese los guantes y lávese las manos.
- ❖ Registre los resultados obtenidos en la hoja de enfermería correspondiente.

Sistema de irrigación continua cerrado.

- ❖ Explicar al paciente lo que se va realizar.
- ❖ Lavarse las manos.
- ❖ Colocar al paciente en posición de decúbito supino y retire la tela adhesiva que sujeta y fija la sonda del paciente.
- ❖ Inserte la punta del catéter de lavado estéril en la bolsa que contiene la solución de irrigación.
- ❖ Pince el tubo de conexión y cuelgue la bolsa de solución del tripié.
- ❖ Abra la pinza y permita que la solución fluya a través de la conexión, manteniendo su extremo estéril; cierre la pinza.

- ❖ Limpie la zona de inyección del catéter de tres vías o coloque una conexión estéril en Y en el catéter de dos vías; a continuación, conéctelo a la sonda de irrigación.
- ❖ Para la irrigación continua, calcule la velocidad de goteo y ajuste la pinza del catéter de lavado en concordancia; asegúrese de que la pinza de la sonda de drenaje está abierta y controle el volumen de drenaje en la bolsa de diuresis.
- ❖ Para el lavado intermitente, pince la sonda del sistema de drenaje, abra la pinza del catéter de irrigación y permita que la cantidad prescrita de líquido entre en la vejiga cierre la pinza del catéter de irrigación y, a continuación, abra la pinza de la sonda de drenaje.
- ❖ Fije el catéter a la pierna o al muslo del paciente con la tela adhesiva.
- ❖ Ayude al paciente a adoptar una posición cómoda.
- ❖ Baje la cama al máximo y coloque las barandillas laterales.
- ❖ Deseche el material contaminado, quítese los guantes y lávese las manos.
- ❖ Registre los resultados obtenidos en la hoja de enfermería correspondiente.

Sistema de irrigación abierto

- ❖ Explicar al paciente lo que se va realizar.
- ❖ Lavarse las manos.
- ❖ Colocar al paciente en posición de decúbito supino y retire la tela adhesiva que sujeta y fija la sonda del paciente.
- ❖ Póngase los guantes.
- ❖ Abra el equipo de irrigación estéril; prepare un campo estéril y vierta la cantidad de solución estéril requerida en el lebrillo estéril.
- ❖ Ponga el hule o cubre colchón bajo el catéter.
- ❖ aspire 30ml de solución en la jeringa.
- ❖ Sitúe el lebrillo estéril en la proximidad del muslo del paciente.
- ❖ Desconecte el catéter de la sonda, la orina fluye hacia el lebrillo estéril, cubra el extremo de la sonda con un tapón estéril y coloque el tubo de conexión enrollado sobre la cama.
- ❖ Inserte la punta de la jeringa en la luz del catéter e inyecte, suavemente, la solución.
- ❖ Retire la jeringa, baje y permita que la solución drene hacia el interior del lebrillo repita estos pasos hasta que el líquido obtenido esté limpio de coágulos y sedimentos.
- ❖ Si la solución no se drena, gire al paciente sobre un lado, mirando a la enfermera, si el cambio de posición tampoco favorece el drenaje, vuelva a insertar la jeringa y aspire suavemente la solución.
- ❖ Cuando se haya completado la irrigación, retire el tapón protector del adaptador del catéter de drenaje, límpielo con una torunda de algodón impregnada en alcohol y vuelva a insertar el adaptador en la luz del catéter, para crear de nuevo un sistema de drenaje cerrado.
- ❖ Fije el catéter a la pierna o al muslo del paciente con la tela adhesiva.
- ❖ Ayude al paciente a adoptar una posición cómoda.
- ❖ Baje la cama al máximo y coloque las barandillas laterales.

- ❖ Deseche el material contaminado, quítese los guantes y lávese las manos.
- ❖ Registre los resultados obtenidos en la hoja de enfermería correspondiente.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ El procedimiento se deberá realizar con técnicas de asepsia, para evitar introducir microorganismos patógenos a la vejiga y provocar una infección renal.
- ★ El líquido se deberá introducir con suavidad para no dañar la mucosa vesical.
- ★ Evitar lavados frecuentes ya que aumentan el riesgo de infección.

PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA Y PLASMA

CONCEPTO

Es la introducción de sangre total o de los componentes de la sangre al interior de la circulación venosa, solo con fines terapéuticos.

OBJETIVOS

- a) Incrementar la capacidad de la sangre para transportar oxígeno.
- b) Restablecer la difusión hemodinámica en el organismo.
- c) Proporcionar sangre o sus componentes a pacientes con trastornos que no sea posible corregirse por otros métodos.

PRINCIPIOS

- a) La sangre almacenada pierde 0.83 % de hematíes por día.
- b) Puede ocurrir aglutinación y hemólisis a consecuencia de la mezcla de grupos sanguíneos incompatibles.
- c) El almacenamiento inapropiado de sangre y derivados puede causar destrucción de elementos figurados y crecimiento de agentes patógenos.
- d) Si se administra al paciente un tipo sanguíneo incorrecto, puede haber reacción de transfusión, y pone en peligro la vida del paciente.

MATERIAL

Equipo de punción venosa.
Agujas calibre No. 17 ó 18.
Infusión salina.
Unidad sanguínea prescrita.
Gasas con alcohol o yodo, ligadura y tela adhesiva.
Compresas limpias, tripié y carro de transporte.
Bolsa de desechos.
Guantes estériles.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Preparación del paciente, física y psicológicamente.
- ❖ Asegurarse que se realicen las pruebas de tipo sanguíneo y compatibilidad cruzadas previamente.
- ❖ Asegurarse que la sangre no presente burbujas de gas, cualquier color o turbiedad anormales.
- ❖ Revisar las etiquetas de sangre segura, y confirmar la identificación del paciente por su nombre completo, confirmar la identificación del paciente revisar su expediente para asegurarse de su tipo de sangre.
- ❖ Tomar signos vitales durante y después de la transfusión sanguínea.
- ❖ Retirar el tapón del venopak y conecte al suero fisiológico.

- ❖ Cubrir con un lienzo la sangre para mantenerla a temperatura ambiente.
- ❖ Calzarse los guantes desechables.
- ❖ Proceder a descubrir las vías de entrada situadas en la parte superior de la bolsa de sangre para ello tire y separe las lengüetas procurando no tocar la vía de entrada porque corre el riesgo de contaminarla, conectarlo al equipo de sangre.
- ❖ Siga los mismos pasos de la instalación de venoclisis para la introducción del catéter.
- ❖ Regular el goteo de acuerdo a la orden médica.
- ❖ Permanecer con el paciente por lo menos 15 minutos después de la transfusión.
- ❖ Observar los signos y síntomas de cualquier tipo durante y después de la transfusión.
- ❖ Mezclar la sangre con frecuencia invirtiendo el recipiente durante la transfusión.
- ❖ Cuando la bolsa de sangre se haya vaciado, cierre la pinza de la línea de sangre, abra la línea de suero fisiológico para irrigar el tubo con la solución, reajuste el ritmo del goteo y cierre las demás pinzas.
- ❖ Realizar las anotaciones correspondientes en la hoja de enfermería y la hoja especial de transfusión (anexo 4).

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Para pasar el paquete el tiempo máximo es de 4 horas y si no alcanza a pasar se desecha la sangre sobrante.
- ★ Con la sangre completa y sus componentes nunca utilice otra solución que no sea suero fisiológico normal, porque se puede provocar una hemólisis.
- ★ No pasar en "Y" ningún medicamento durante la transfusión sanguínea y suspenderlos en caso necesario.
- ★ Se recomienda canalizar la vena con solución fisiológica 20 minutos antes de la transfusión.
- ★ Acuérdesse de escribir sobre la cinta adhesiva, la fecha y hora de inserción, el tipo de sangre, calibre del catéter, sus iniciales y firma antes de colocarla.
- ★ Administrar la sangre a una velocidad menor si el paciente es de edad mayor o presenta alguna cardiopatía.
- ★ Si no pasa adecuadamente la sangre puede ser el catéter la altura y falta de presión.
- ★ Evitar las burbujas de aire en el interior porque puede producir una embolia gaseosa.
- ★ La verificación apropiada de la sangre es de primerísima importancia para asegurarse de que la sangre correcta se administra al paciente correcto.
- ★ Los signos y síntomas de las reacciones son: Reacción alérgica, urticaria, escozor y anafilaxia.
- ★ Reacción febril: fiebre, escalofríos y cefalalgia.
- ★ Reacción hemolítica a la transfusión: es de inicio inmediato rubor facial, fiebre, escalofríos, cefalalgia, dorsalgia baja, choque.
- ★ Sobrecarga circulatoria: disnea, tos seca, edema pulmonar.

REALIZACIÓN DE LA FISIOTERAPIA PULMONAR

CONCEPTO

Es el conjunto de técnicas aplicadas al paciente hospitalizado con problemas respiratorios y que pueden aplicarse todas en conjunto o cada una por separado, dependiendo de las condiciones y necesidades del paciente.

EJERCICIOS RESPIRATORIOS

CONCEPTO

Son los movimientos respiratorios que el paciente realiza, con una respiración profunda de una espiración lenta.

OBJETIVOS

- a) Mantener las vías aéreas funcionando adecuadamente.
- b) Eliminar el exceso de secreciones que produce el paciente con problemas respiratorios.
- c) Disminuir al máximo los riesgos de infecciones respiratorias por estancamiento de secreciones.
- d) Mitigar la ansiedad el temor del paciente y de los familiares.
- e) Valorar la función respiratoria del paciente antes y después del procedimiento.
- f) Eliminar secreciones bronquiales.

PRINCIPIOS

- a) El diafragma limita la superficie inferior del tórax y se le fortalece mediante la contracción y relajación.
- b) La presión en sentido opuesto obliga al paciente a contener la respiración, y forza a los músculos respiratorios a ventilar regiones proporcionalmente mayores de los pulmones.
- c) La fuerza de gravedad se emplea como contrapresión junto con la fuerza mecánica de las manos.
- d) La contracción y relajación de los músculos respiratorios los fortalece.
- e) La espiración completa facilita la máxima expansión de la caja torácica.

MATERIAL

Riñón para las secreciones o lebrillo.
Pañuelos desechables.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Valorar la necesidad de la acción terapéutica.
- ❖ Traslada y acomode el material al área del paciente.
- ❖ Informe al paciente sobre las ventajas y necesidades del procedimiento y pídale

su colaboración.

- ❖ Acomode al paciente, de tal manera que facilite el procedimiento.
- ❖ Para ejercitar el diafragma, coloque los dedos sobre la parte anterior de las costillas inferiores del paciente, durante la inspiración, pida al paciente que empuje el tórax con fuerza contra la presión leve de los dedos de la enfermera, durante la espiración indíquele que contraiga los músculos abdominales.
- ❖ Para ejercitar el vértice de los pulmones, aplique presión leve inmediatamente bajo la clavícula cuando el paciente efectúa la inspiración. Al espirar, aplique presión sobre el esternón con el talón de la mano.
- ❖ Para ejercitar la parte posterior de los pulmones coloque al paciente de lado o sobre el abdomen, coloque ambas manos sobre la porción inferior del tórax del paciente en la parte posterior, aplique presión mientras el paciente espira, libere la presión durante la inspiración.
- ❖ Para ejercitar la pared costal en su porción lateral inferior, indíquele al paciente que realiza una espiración completa, coloque nuevamente las manos sobre el borde lateral de las costillas inferiores del paciente, pídale que expanda las costillas contra las manos de la enfermera durante la inspiración, al efectuar la espiración indíquele que contraiga el abdomen y la pared costal hacia adentro, mientras la enfermera ejerce presión sobre la parte inferior de la jaula costal.
- ❖ Desarrolle el procedimiento de acuerdo a las condiciones del paciente.
- ❖ Deje descansar al paciente durante breves intervalos de tiempo.
- ❖ Repita las técnicas, cuantas veces sea necesario.
- ❖ Al terminar cubra al paciente déjelo en una posición cómoda.
- ❖ Realice las anotaciones en la hoja de enfermería correspondiente.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Ofrezca explicaciones detalladas a los familiares y al paciente antes de iniciar el procedimiento para favorecer la ayuda del paciente.
- ★ Valorar las características del esputo y el alivio de los problemas respiratorios conforme avanza el tratamiento.
- ★ El equipo utilizado en forma consecutiva para la atención del paciente debe ser desinfectado después de cada uso para asegurarse que no ocurran contagios.
- ★ Se debe indicar que el paciente tosa sobre un pañuelo desechable para evitar la propagación de infecciones y la contaminación con gotas de saliva.
- ★ Lavarse las manos antes y después del procedimiento para evitar contaminaciones cruzadas.

PERCUSIÓN TORÁCICA

CONCEPTO

Es el golpeteo que se realiza con la mano ahuecada, sobre la pared torácica.

OBJETIVO

Aflojar las secreciones

PRINCIPIOS

- a) Movilizar la pared torácica.
- b) Mediante la energía mecánica transmitida a la pared torácica cuando se golpea se logra aflojar las secreciones

MATERIAL

Riñón para las secreciones o lebrillo.
Pañuelos desechables.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Valorar la necesidad de la acción terapéutica.
- ❖ Traslade y acomode el material al área del paciente.
- ❖ Informe al paciente sobre las ventajas y necesidades del procedimiento y pídale su colaboración.
- ❖ Acomode al paciente, de tal manera que facilite el procedimiento.
- ❖ La percusión se aplica golpeando la pared torácica del lado sobre la región que se desea descongestionar.
- ❖ La percusión comienza en las costillas inferiores y se continúa hacia los hombros, tanto en la espalda como en la pared anterior del tórax.
- ❖ La mano deberá de estar ahuecada y se debe de escuchar un sonido hueco al percutir además de que el paciente no debe experimentar dolor.
- ❖ No se percute directamente sobre la piel del paciente.
- ❖ No se percute por debajo de las costillas o sobre la columna vertebral o las mamas, por el riesgo de causar lesiones tisulares.
- ❖ Percútase cada área durante 30 a 60 segundos varias veces al día, pero úsese tres a 5 min. en pacientes con secreciones muy espesas.
- ❖ Desarrolle el procedimiento de acuerdo a las condiciones del paciente.
- ❖ Deje descansar al paciente durante breves intervalos de tiempo.
- ❖ Repita el procedimiento, cuantas veces sea necesario.
- ❖ Al terminar cubra al paciente déjelo en una posición cómoda.
- ❖ Realice las anotaciones en la hoja de enfermería correspondiente.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

* La fisioterapia respiratoria, se deberá realizar exclusivamente por prescripción del médico tratante, por lo siguiente:

Algunas técnicas de fisioterapia respiratoria tienen indicaciones en problemas respiratorios específicos.

Algunas técnicas de fisioterapia respiratoria están contraindicadas para algunos pacientes.

- ★ Explicar al paciente el procedimiento a realizar.
- ★ Valorar las características del esputo y el alivio de los problemas respiratorios conforme avanza el tratamiento.
- ★ El equipo utilizado en forma consecutiva para la atención del paciente debe ser desinfectado después de cada uso para asegurarse que no ocurran contagios.
- ★ Se debe indicar que el paciente tosa sobre un pañuelo desechable para evitar la propagación de infecciones y la contaminación con gotas de saliva.
- ★ Lavarse las manos antes y después del procedimiento para evitar contaminaciones cruzadas.

VIBRACIONES

CONCEPTO

Es el golpeteo rápido y firme que se aplica con el dorso de la mano descansada sobre la pared del tórax, al mismo tiempo que se tiene la contracción y relajación de los músculos de brazo y hombro, o bien con ayuda de un vibrador mecánico durante la espiración.

OBJETIVOS

- a) Mantener las vías aéreas funcionando adecuadamente.
- b) Disminuir al máximo los riesgos de infecciones respiratorias por estancamiento de secreciones.
- c) Eliminar secreciones de las vías respiratorias.
- d) Añajar las secreciones de modo que se expectoren con facilidad.

PRINCIPIOS

- a) Movilizar la pared torácica.
- b) Expulsar aire y líquidos de la cavidad pleural.
- c) Aumentar el ingreso de oxígeno y la eliminación de dióxido de carbono en la sangre que fluye a través de los vasos pulmonares.
- d) Las vibraciones sacuden las secreciones permitiendo así que el paciente las expulse.

MATERIAL

Riñón para las secreciones o lebrillo.
Pañuelos desechables.
Vibrador.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Valorar la necesidad de la acción terapéutica.
- ❖ Traslade y acomode el material al área del paciente.
- ❖ Informe al paciente sobre las ventajas y necesidades del procedimiento y pídale su colaboración.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- ❖ Acomode al paciente, de tal manera que facilite el procedimiento.
- ❖ Cuando se utiliza vibrador: se coloca sobre la pared torácica se pide al paciente que efectúe una inspiración profunda, y durante la espiración es cuando se aplica el vibrador sobre la pared del tórax, esta operación se debe realizar unas cinco veces en espiraciones sucesivas.
- ❖ Cuando se realiza con las manos: se colocan ambas manos con las palmas en contacto con la pared torácica del paciente, en área en que se desea aplicar la vibración, con las manos una junto de la otra y los dedos extendidos y juntos (algunas personas se inclinan por colocar una mano sobre de la otra), se pide al paciente que inhale profundamente y exhale con lentitud, cuando el paciente exhala, se aplica vibración a la pared torácica mediante la contracción y la relajación rítmicas y rápidas de los músculos de brazos y hombros.
- ❖ Se interrumpe la vibración durante la inhalación.
- ❖ La frecuencia de las vibraciones debe ser de unas 200 por minuto
- ❖ Desarrolle el procedimiento de acuerdo a las condiciones del paciente.
- ❖ Deje descansar al paciente durante breves intervalos de tiempo.
- ❖ Repita las técnicas, cuantas veces sea necesario.
- ❖ Al terminar cubra al paciente déjelo en una posición cómoda.
- ❖ Realice las anotaciones en la hoja de enfermería correspondiente.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ La fisioterapia respiratoria, se deberá realizar exclusivamente por prescripción del médico tratante, por lo siguiente:
Algunas técnicas de fisioterapia respiratoria tienen indicaciones en problemas respiratorios específicos.
Algunas técnicas de fisioterapia respiratoria están contraindicadas para algunos pacientes.
- ★ Explicar al paciente el procedimiento a realizar.
- ★ Valorar las características del esputo y el alivio de los problemas respiratorios conforme avanza el tratamiento.
- ★ El equipo utilizado en forma consecutiva para la atención del paciente debe ser desinfectado después de cada uso para asegurarse que no ocurran contagios.
- ★ Se debe indicar que el paciente tosa sobre un pañuelo desechable para evitar la propagación de infecciones y la contaminación con gotas de saliva.
- ★ Lavarse las manos antes y después del procedimiento para evitar contaminaciones cruzadas.
- ★ No se aplica vibración sobre mamas, columna vertebral, esternón y sección inferior de la caja torácica.

DRENAJE POSTURAL

CONCEPTO

Es la ayuda que se proporciona al paciente mediante sutiles cambios de posición para facilitar la expulsión de secreciones.

OBJETIVOS

- a) Mantener las vías aéreas funcionando adecuadamente.
- b) Eliminar secreciones de las vías respiratorias.
- c) Movilizar la pared torácica.

PRINCIPIOS

- a) Eliminar el exceso de secreciones que produce el paciente con problemas respiratorios.
- b) Disminuir el dolor y la incomodidad producidos por las enfermedades pulmonares.
- c) Expulsar aire y líquidos de la cavidad pleural.
- d) Aumentar el ingreso de oxígeno y la eliminación de dióxido de carbono en la sangre que fluye a través de los vasos pulmonares.
- e) Disminuir al máximo los riesgos de infecciones respiratorias por estancamiento de secreciones.
- f) Los pulmones drenan las secreciones acumuladas mediante la gravedad y la tos.

MATERIAL

Riñón para las secreciones o lebrillo.
Pañuelos desechables.
Almohada.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Valorar la necesidad de la acción terapéutica.
- ❖ Traslade y acomode el material al área del paciente.
- ❖ Informe al paciente sobre las ventajas y necesidades del procedimiento y pídale su colaboración.
- ❖ Acomode al paciente, de tal manera que se facilite más la técnica.
- ❖ Úsese la posición de fowler completa para drenar las secreciones apicales de los lóbulos pulmonares superiores.
- ❖ Coloque al paciente en la posición yacente, la mitad sobre su abdomen y la otra mitad sobre su costado derecho e izquierdo, para drenar las secreciones posteriores de los lóbulos superiores de los pulmones.
- ❖ Coloque al paciente sobre su costado izquierdo, con una almohada bajo la pared torácica, para drenar el lóbulo medio del pulmón derecho.
- ❖ Coloque al paciente en la posición de trendelenburg para el drenaje de los lóbulos posteriores.
- ❖ Efectúe el drenaje postural dos a cuatro veces diarias durante 20 a 30 min.
- ❖ Interrumpa si el paciente siente debilidad o desvanecimientos.

- ❖ Desarrolle el procedimiento de acuerdo a las indicaciones prescritas por el médico y a las condiciones del paciente.
- ❖ Deje descansar al paciente durante breves intervalos de tiempo.
- ❖ Repita las técnicas, cuantas veces sea necesario.
- ❖ Al terminar cubra al paciente déjelo en una posición cómoda.
- ❖ Realice las anotaciones en la hoja de enfermería correspondiente.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

★ La fisioterapia respiratoria, se deberá realizar exclusivamente por prescripción del médico tratante, por lo siguiente:

Algunas técnicas de fisioterapia respiratoria tienen indicaciones en problemas respiratorios específicos.

Algunas técnicas de fisioterapia respiratoria están contraindicadas para algunos pacientes.

★ Explicar al paciente el procedimiento a realizar.

★ Valorar las características del esputo y el alivio de los problemas respiratorios conforme avanza el tratamiento.

★ Se debe indicar que el paciente tosa sobre un pañuelo desechable para evitar la propagación de infecciones y la contaminación con gotas de saliva.

★ Lavarse las manos antes y después del procedimiento para evitar contaminaciones cruzadas.

PRESIÓN POSITIVA INTERMITENTE

CONCEPTO

Es la aplicación de una presión positiva mayor a la atmosférica, aplicada por intervalos de tiempo en el paciente hospitalizado y que se lleva a cabo mediante la insuflación de globos o soplando un popote sumergido en un recipiente con agua.

OBJETIVOS

- a) Mantener las vías aéreas funcionando adecuadamente.
- b) Eliminar el exceso de secreciones que produce el paciente con problemas respiratorios.
- c) Disminuir al máximo los riesgos de infecciones respiratorias por estancamiento de secreciones.

PRINCIPIOS

- a) Eliminar secreciones de las vías respiratorias.
- b) Movilizar la pared torácica.
- c) Disminuir el dolor y la incomodidad producidos por las enfermedades pulmonares.
- d) Expulsar aire y líquidos de la cavidad pleural.
- e) Aumentar el ingreso de oxígeno y la eliminación de dióxido de carbono en la sangre que fluye a través de los vasos pulmonares.
- f) Eliminar secreciones bronquiales.

MATERIAL

Globos no muy grandes.

Popote.

Vaso de 500ml.

Agua de la llave.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Valorar la necesidad de la acción terapéutica.
- ❖ Traslade y acomode el material al área del paciente.
- ❖ Informe al paciente sobre las ventajas y necesidades del procedimiento y pídale su colaboración.
- ❖ Acomode al paciente, de tal manera que se facilite más la técnica.
- ❖ En caso de utilizar globos proporcionele el material al paciente e indícale que deberá inflar los globos procurando hacerlo con el aire de los pulmones y no con el aire del estomago.
- ❖ En caso del agua llenar el recipiente hasta las 3 terceras partes de su capacidad colocar el popote y proporcionarlo al paciente e indícale que deberá soplar en el agua el aire deberá ser pulmonar y no con el estomago.
- ❖ Interrúmpase si el paciente siente debilidad o desvanecimientos.
- ❖ Desarrolle el procedimiento de acuerdo a las indicaciones prescritas por el médico y a las condiciones del paciente.
- ❖ Deje descansar al paciente durante breves intervalos de tiempo.
- ❖ Repita las técnicas, cuantas veces sea necesario.
- ❖ Realice las anotaciones en la hoja de enfermería correspondiente.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

★ La fisioterapia respiratoria, se deberá realizar exclusivamente por prescripción del médico tratante, por lo siguiente:

Algunas técnicas de fisioterapia respiratoria tienen indicaciones en problemas respiratorios específicos.

Algunas técnicas de fisioterapia respiratoria están contraindicadas para algunos pacientes.

- ★ Explicar al paciente el procedimiento a realizar.
- ★ Valorar las características del esputo y el alivio de los problemas respiratorios conforme avanza el tratamiento.
- ★ El equipo utilizado en forma consecutiva para la atención del paciente debe ser desinfectado después de cada uso para asegurarse que no ocurran contagios.
- ★ Se debe indicar que el paciente tosa sobre un pañuelo desechable para evitar la propagación de infecciones y la contaminación con gotas de saliva.
- ★ Lavarse las manos antes y después del procedimiento para evitar contaminaciones cruzadas.

NEBULIZACIONES

CONCEPTO

Es la producción de rocío fino a partir de una solución o la aplicación de medicamentos y gases terapéuticos por las vías respiratorias.

Nebulizador: Es un dispositivo que produce un aerosol estable de partículas líquidas que se desintegran en un flujo gaseoso luego lleva estas partículas hacia el paciente, para que las inhale.

OBJETIVOS

- a) Reducir la pérdida de humedad durante la oxigenoterapia.
- b) Fluidificar secreciones.
- c) Ayudar en la oxigenación del organismo del paciente por medio de una fuente de utilización adecuada de oxígeno puro.

PRINCIPIOS

- a) Mejorar la respiración por medio de la administración de broncodilatadores mucolíticos y otros medicamentos directamente a los pulmones por medio de aerosol.
- b) Aumentar la capacidad vital al forzar gases bajo presión en los pulmones en una situación controlada.
- c) Mantener una atmósfera con humedad elevada para fluidificar secreciones y ayudar al paciente para eliminarlas de las vías respiratorias por medio de la tos.

MATERIAL

Nebulizador portátil.

Agua bidestilada.

Flujometro para oxígeno.

Tubería de conexión.

Medicamentos (broncodilatadores y mucolíticos en caso de que este indicado).

Fuente de oxígeno.

Cánula, puntas o mascarilla facial.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Explicar el procedimiento al paciente de acuerdo a la edad y a su estado de salud, esto asegurará la cooperación del enfermo, previo a esto se revisará las indicaciones médicas y se verificará que cuente con el material y equipo y que estén en buen estado.
- ❖ Tomar los signos vitales del paciente y valorar los ruidos respiratorios, se pondrá mayor atención en la frecuencia cardíaca antes y después del tratamiento en pacientes que usan broncodilatadores ya que pueden ocasionar taquicardia palpitations, vértigo, náuseas y diaforesis.
- ❖ Coloque al paciente en una posición cómoda o semifowler.
- ❖ Conecte el nebulizador que contiene el medicamento o agua bidestilada y tubería de conexión al flujometro de oxígeno y ajustar el flujo de 4 a 5 litros por minuto.

❖ Indique al paciente que respire profundo de acuerdo con edad y el estado de salud del paciente esto fomenta la dispersión óptima del medicamento del caso indicado.

Observe la expansión del tórax para comprobar que está haciendo respiraciones profundas.

❖ Indique al paciente que respire en forma lenta hasta que se nebulice todo el medicamento (el medicamento suele nebulizarse entre 10 a 15 minutos a un flujo de 4 a 5 litros por minuto).

❖ Al completar el tratamiento pida al paciente que tosa o bien dé pequeñas palmadas en la espalda de abajo hacia arriba.

❖ Anote los medicamentos usados, la frecuencia y el esfuerzo inspiratorio del paciente, frecuencia cardiaca, antes y después del tratamiento y la descripción de las secreciones.

❖ Retire el material y equipo usado y dispóngase a limpiarlo, para volver a ser reutilizado.

❖ Anotar el procedimiento en la hoja de enfermería correspondiente.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

★ El lavado de manos es indispensable antes y después de cualquier tratamiento o atención a enfermos con problemas respiratorios.

★ Es necesario revisar frecuentemente el nivel de agua en el dispositivo y llenar o cambiar el agua del depósito, como sea necesario.

★ Si el paciente se agota y necesita un reposo breve, interrúmpase el tratamiento y desactívese por un momento el equipo.

★ Asegúrese que las sondas estén colocadas para evitar la condensación y el flujo de ésta hacia el extremo donde se encuentra el paciente, ya que corre el riesgo de bronco aspirarlo.

★ Es necesario permanecer al lado del paciente durante el curso del tratamiento.

★ Tómese los signos vitales del paciente antes de iniciar el tratamiento y después.

★ Habrán de vigilarse las reacciones farmacológicas.

★ El equipo utilizado en forma consecutiva para la atención del paciente debe ser desinfectado después de cada uso para asegurarse que no ocurran contagios.

★ Se debe indicar que el paciente tosa sobre un pañuelo desechable para evitar la propagación de infecciones y la contaminación con gotas de saliva.

ASPIRACIÓN DE SECRECIONES

CONCEPTO

Son las maniobras que realiza la enfermera para extraer las secreciones con ayuda de un catéter de caucho o polietileno conectado a una fuente de aspiración.

OBJETIVOS

- a) Mantener las vías respiratorias permeables de la boca ó nariz a la traquea para facilitar el intercambio gaseoso.
- b) Obtener secreciones con propósitos de diagnósticos.
- c) Estimular la tos y la respiración profunda.
- d) Disminuir al máximo el riesgo de infección respiratoria por estancamiento de secreciones.

PRINCIPIOS

- a) La inserción del catéter por la boca puede estimular el reflejo nauseoso y ayudar al enfermo a la expulsión de las secreciones.
- b) Se crea vacío parcial por la aspiración continua al girar el catéter y hacer la aspiración intermitente evita el traumatismo que sucede cuando la mucosa protuye hacia el catéter durante la aspiración prolongada de una zona.
- c) La vía respiratoria queda obstruida durante la aspiración es por ello que la aspiración no debe durar más de 15 segundos por que favorece la hipoxia.
- d) El hacer pasar el chorro de agua por su interior mantiene permeable el tubo y se mejoran los resultados de la aspiración.

MATERIAL

Fuente de aspiración.

Tubo y conector en su orificio de aire para la aspiración.

Catéter de caucho o polietileno.

Agua y recipientes estériles.

Bolsa de plástico (para los catéteres contaminados).

Guantes estériles.

Apósito estéril.

Toalla limpia.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Explique el procedimiento al paciente.
- ❖ Antes de empezar lávese las cuidadosamente las manos.
- ❖ Abra el paquete del catéter de aspiración estéril solo por uno de los extremos, para no contaminar el catéter.
- ❖ Póngase uno de los guantes estériles, tome el extremo del catéter con la mano enguantada y el tubo de aspiración con la otra mano.
- ❖ Conecte el catéter al aspirador. Retire el catéter del paquete sin contaminarlo.

- ❖ Humedezca la punta del catéter en agua o solución salina estériles que haya sido vertida en el recipiente estéril.
- ❖ Inserte el catéter a través de la boca o la nariz , nunca force el catéter ni aplique aspiración durante la inserción.
- ❖ Retire el catéter con movimiento suave de rotación mientras se logra la aspiración al colocar un dedo sobre el conector en Y o el orificio de salida del aire.
- ❖ No aspire por más de 15 segundos en cada ocasión, aspire de 3 a 5 segundos, permita respirar al enfermo, luego continúe la aspiración por un lapso igual y no por más de 15 segundos.
- ❖ Extraiga el catéter y limpie la punta con la gasa estéril.
- ❖ Haga pasar agua estéril a través del catéter, repita la maniobra de aspiración hasta que se eliminen todas las secreciones.
- ❖ Elimine los catéteres desechables en un recipiente preparado para los desperdicios.
- ❖ Limpie con cuidado la nariz y la boca del enfermo.
- ❖ Deje al paciente en un ambiente limpio y cómodo.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Explique al paciente y a su familia que el propósito de utilizar catéter y guantes estériles es para prevenir una contaminación cruzada.
- ★ Observe la cantidad de secreción, su consistencia, color y olor.
- ★ Revise la cantidad de agua estéril que fue utilizada para lavar por dentro el tubo al ser aspirada, de tal manera que se puede medir con precisión la cantidad.
- ★ Observe la reacción del paciente al procedimiento.
- ★ Observe los signos de apnea, hipoxia o dolor en el tórax.
- ★ Tenga extrema cautela para aspirar a los pacientes a los que se les ha efectuado cirugía nasofaríngea, la cavidad nasofaríngea no debe aspirarse en el postoperatorio de pacientes a los que se les ha realizado amigdalectomía ya que pueden desprenderse coágulos y causar hemorragia.

CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES CON TRAQUEOSTOMIA

CONCEPTO

Son las maniobras que se llevan a cabo, para asegurar el buen funcionamiento del orificio artificial instalado en la tráquea y consisten en: aspiración de secreciones, aseo de la cánula interna de la sonda de traqueostomía, el aseo de la región de incisión, y el aseo de la cara anterior del cuello.

OBJETIVOS

- a) Mantener permeables las vías respiratorias para facilitar el intercambio de gases.
- b) Conservar en adecuadas condiciones de funcionalidad, la traqueostomía y al mismo tiempo evitar complicaciones.
- c) Reducir al mínimo la entrada de microorganismos patógenos al árbol traqueobronquial.
- d) Proporcionar ventilación apropiada a los pulmones y oxigenación suficiente a la sangre.

PRINCIPIOS

- a) Facilitar el intercambio adecuado de gases para mejorar la función respiratoria.
- b) Reducir al mínimo la entrada de microorganismos patógenos al árbol traqueobronquial.
- c) El agua reduce la fricción que se produce al introducir la sonda en la tráquea.
- d) El catéter es guiado por la propia estructura anatómica de los bronquios.

MATERIAL

Carro de curaciones.
Agua estéril.
Benjil.
Cánula del número similar a la instalada (en caso de cambio).
Solución antiséptica.
Equipo de curación con tijera estéril.
Cintas de algodón.
Guantes estériles y cubre boca.
Bata y gorro estéril.
Fuente de aspiración.
Tubo y conector en su orificio de aire para la aspiración.
Catéter de caucho o polietileno.
Agua y recipientes estériles.
Jeringa estéril de 5ml.
Recipiente con peróxido de hidrógeno para limpieza de la cánula.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Informar al paciente sobre el procedimiento a realizar.
- ❖ Lavarse las manos antes y después de realizar el procedimiento.
- ❖ Colocarse cubre bocas.
- ❖ Aspirar secreciones siguiendo el procedimiento de aspiración de secreciones:
 - ❖ Abra el paquete del catéter de aspiración estéril solo por uno de los extremos, para no contaminar el catéter.
 - ❖ Coloque al paciente en posición semifowler o fowler completamente.
 - ❖ Hiperoxigene antes de iniciar la succión.
 - ❖ Póngase uno de los guantes estériles, tome el extremo del catéter con la mano enguantada y el tubo de aspiración con la otra mano.
 - ❖ Conecte el catéter al aspirador, retire el catéter del paquete sin contaminarlo.
 - ❖ Humedezca la punta del catéter en agua o solución salina estériles que haya sido vertida en el recipiente estéril.
 - ❖ Inserte el catéter a través de la boca o la nariz , nunca force el catéter ni aplique aspiración durante la inserción.
 - ❖ Retire el catéter con movimiento suave de rotación mientras se logra la aspiración al colocar un dedo sobre el conector en Y o el orificio de salida del aire.
 - ❖ Terminada la succión de estas zonas retire el guante y colocar un guante limpio estéril y una sonda estéril para proceder a succionar la traqueostomía.
 - ❖ Quite la cánula interna y colóquela en el recipiente con solución de peróxido de hidrógeno para su limpieza.
 - ❖ Humedezca la sonda sumergiéndola en el recipiente de solución fisiológica esterilizada, primero con el equipo de succión encendido y después apagado.
 - ❖ Instile 4 a 5ml de solución fisiológica esterilizada en la traqueostomía durante la inhalación, si el moco es espeso.
 - ❖ Introduzca la sonda con suavidad en la cánula externa de la traqueostomía unos 25 a 30 cm, con el equipo de succión apagado.
 - ❖ Pida al paciente que eleve un poco la barbilla y voltee la cabeza hacia la derecha, para introducir la sonda en el bronquio izquierdo, y que gire la cabeza hacia la izquierda para introducirla en el bronquio derecho.
 - ❖ Gire con suavidad la sonda y extráigala lentamente de las vías respiratorias con el equipo de succión encendido, acción que se realiza colocando el pulgar sobre el orificio de ventilación del conector en Y.
 - ❖ Interrumpa la succión intermitentemente durante lapsos muy breves, si no se extraen secreciones mientras está colocada la sonda.
 - ❖ Extraiga la sonda si el paciente tose durante la succión.
 - ❖ No succione continuamente durante más de 10 a 15 segundos cada vez e intercale periodos de reposo de 2 a 3 minutos.
 - ❖ Succione con frecuencia para mantener las vías respiratorias libres de secreciones, pero no en forma excesiva.
 - ❖ Haga pasar agua estéril a través del catéter, repita la maniobra de aspiración hasta que se eliminen todas las secreciones.
- ❖ Limpie las secreciones de la cánula interna con un cepillo pequeño, colóquela en solución fisiológica esterilizada, sacuda el exceso de tal solución de la cánula,

reintroduzca ésta y fijela en su sitio, conecte de nuevo la fuente de oxígeno si está en uso.

- ❖ Limpiar de secreciones los bordes de la cánula y zona que la rodea con solución antiséptica.
- ❖ Proteger la piel con benjuí.
- ❖ Colocar una gasa alrededor de la cánula, para evitar el roce con la piel.
- ❖ Cambiar la cinta de sujeción.
- ❖ Colocar una gasa húmeda sobre la cánula y en caso necesario instalar un nebulizador.
- ❖ Proporcionar al paciente los medios para comunicarse con el personal.
- ❖ Deje al paciente en un ambiente limpio y cómodo.
- ❖ Realizar las anotaciones en la hoja de enfermería correspondiente.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Llevar una estricta vigilancia del paciente a fin de detectar cualquier signo de obstrucción de la cánula.
- ★ El sistema de aspiración debe estar apagado durante la introducción del catéter para disminuir el traumatismo a la mucosa que reviste el árbol bronquial.
- ★ El procedimiento debe hacerse con técnica aséptica.
- ★ Todo el equipo que se ponga en contacto, con la cánula o con la incisión debe ser estéril.
- ★ Tomar nota del tiempo de succión, características de las respiraciones del paciente antes y después de la succión, características y volumen de secreciones, y reacción del paciente al procedimiento.

INSTALACION DE SONDA OROGASTRICA

CONCEPTO

Es un procedimiento que consiste en introducir una sonda o catéter que pasa a través de la boca a la faringe, esófago y luego al estómago, y esta sonda puede quedar a permanencia o retirarse después de un corto tiempo, esto depende del objetivo de colocación, es decir puede ser para la introducción de alimentos o para drenaje.

OBJETIVOS

- a) Mantener el estado nutricional del paciente.
- b) Drenar residuos gástricos del paciente.
- c) Mantener el vaciamiento gástrico.

PRINCIPIOS

- a) La dieta proporcionada por esta técnica consiste en la adaptación, contemplación, sustitución de nutrientes para cubrir necesidades adicionales originadas por procesos patológicos.
- b) La salida de líquidos o residuos intestinales y gástricos, se puede controlar con el catéter o sonda a permanencia, o por la aspiración a través de la sonda.
- c) El catéter debe pinzarse antes de que entre aire al estómago, lo cual causa distensión abdominal.

MATERIAL

Sonda de Levin estéril de calibre apropiado para el paciente.
Agua estéril para lubricar la sonda.
Pinzas.
1 Riñón.
Guantes.
Jeringa de 20 cc.
Bolsa recolectora.
Tela adhesiva y micropore.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Lavarse las manos.
- ❖ Preparar material y equipo.
- ❖ Preparar psicológicamente al paciente.
- ❖ Aspirar secreciones de la boca si es necesario antes de iniciar el procedimiento.
- ❖ Medir la parte de la sonda que se va a introducir de la siguiente manera: de la boca al lóbulo de la oreja y de ahí hasta el apéndice xifoides, para marcar la sonda auxiliarse de la pinza.
- ❖ Enredar la sonda en la mano diestra y con la otra mano introducir la sonda con rapidez y suavidad a través de la boca hasta el sitio en que haya medido pidiendo

al paciente que degluta para facilitar el paso de la sonda, retire la pinza.
❖ Comprobar la posición correcta de la sonda en el estómago utilizando algunos de los siguientes métodos:

a) Aspirar el contenido gástrico, observar su cantidad y características, lo que quiere decir que esta en estómago.

b) Poner el extremo de la sonda en un vaso con agua, si el tubo o sonda se encuentra en posición correcta no deberá hacer burbujas de aire si ocurre formación rítmica de burbujas de aire se deberá extraer la sonda, pues esto indica que la sonda se encuentra en los pulmones.

❖ Si la sonda se encuentra en posición correcta, fije en forma de corbata.

❖ Realizar las anotaciones en la hoja de enfermería correspondiente.

❖ Dejar cómodo al paciente.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

* Evitar la realización de maniobras bruscas.

* Impedir el paso de aire al estómago evitando así la distensión abdominal.

* La sonda orogástrica esta contraindicada en caso de:

Traumatismo maxilo-facial grave, fractura de base de cráneo, coágulopatía grave no controlada.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

INSTALACIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA

CONCEPTO

Es el procedimiento que se lleva a cabo para la instalación de una sonda que se introduce por la nariz, a la faringe, esófago y luego al estómago, es una técnica que cumple funciones importantes de tratamiento, ya que por medio de ella se puede alimentar al paciente, realizar un lavado gástrico o detener un sangrado.

OBJETIVO

Mantener una vía de acceso directo al estómago con fines principalmente terapéuticos.

PRINCIPIOS

- a) Prevenir o aliviar la distensión abdominal.
- b) Auxiliar en los procedimientos de diagnóstico.
- c) Lavar el estómago.
- d) Administrar líquido nutritivo en el estómago.
- e) Aspirar ó descomprimir el estómago.

MATERIAL

Guantes estériles.
Gasas.
Lubricante.
Riñón.
Vaso con agua.
Tela adhesiva y micro poro.
Sonda nasogástrica de calibre adecuado.
Solución fisiológica.
Estetoscopio.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Trasladar al paciente y acomodar el equipo al área donde se va a realizar el procedimiento.
- ❖ Orientar al paciente acerca del procedimiento.
- ❖ Lavarse las manos antes y después de realizar el procedimiento.
- ❖ Colocar al paciente en posición fowler.
- ❖ Calzarse los guantes.
- ❖ Medir la sonda y marcarla tomando como referencia la punta de la nariz hacia el lóbulo de la oreja y de ahí hacia el apéndice xifoides.
- ❖ Enredar la sonda en la mano diestra y con la otra, lubricar la sonda con solución fisiológica.
- ❖ Introducir la sonda por la nariz , con movimientos suaves pero firmes.
- ❖ Pedirle al paciente que pase saliva o proporcionarle el vaso de agua y pedirle

- que tome pequeños sorbos de agua, al tiempo que se empuja la sonda, si la sonda esta en la vía adecuada (esófago) seguir empujando hasta llegar a la medida que se tomo de inicio, si el paciente responde bruscamente con tos, extraiga la sonda un poco ya que probablemente se encuentre en la tráquea.
- ❖ Una vez instalada en estómago (de acuerdo a la medida previamente tomada) se puede verificar que está en estómago colocando el extremo de la sonda en un riñón con agua, la ausencia de burbujas indica que se encuentra en el estómago.
 - ❖ Fijar la sonda protegiendo la piel con benjuí, micro poro y /o tela adhesiva.
 - ❖ Conectar la sonda al aspirador en caso de ser necesario.
 - ❖ Realizar las anotaciones correspondientes.
 - ❖ Dejar cómodo al paciente.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Nunca introducir la sonda a la fuerza cuando presenta resistencia.
- ★ Vigilar periódicamente que la sonda no se haya salido del nivel de colocación.
- ★ Cambiar periódicamente la fijación de la sonda, anotando la fecha de instalación.
- ★ La instalación de la sonda nasogástrica está contraindicada en pacientes con trauma facial, con sospechas de fractura de piso y medio de la base de cráneo, en estos casos, la sonda se introducirá por el personal experimentado de la unidad.

ALIMENTACIÓN ENTERAL POR SONDA

CONCEPTO

Procedimiento que se lleva a cabo para suministrar nutrimentos a través de una sonda gástrica, la cual constituye un medio para nutrir a los pacientes que tengan problemas para ingerir de manera normal.

OBJETIVOS

- Proporcionar al paciente los requerimientos de nutrientes a través de una sonda gástrica.
- Observar signos y síntomas tempranos de complicaciones.
- Conservar la comodidad y seguridad óptimas del paciente durante todo el procedimiento.

PRINCIPIOS

- Los líquidos tienden a fluir de un lugar de mayor presión a otro de menor presión.
- Si la alimentación es continua, debe tomarse en cuenta el qué por lo regular el estómago no tiene que digerir continuamente.

MATERIAL

Charola.
Jeringa asepto.
Gasas.
Riñón.
Probeta.
Sonda de canguro o saco de alimentación desechable.
Adaptador de plástico.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Explicar al paciente que la alimentación por sonda es indolora y le proporcionará agua y alimento en cantidad suficiente.
- ❖ Calentar o mantener la comida de 37 a 37.8°C o temperatura ambiente.
- ❖ Extraer el contenido gástrico, antes de una nueva alimentación para apreciar si el alimento ha pasado al intestino.
- ❖ Colocar al paciente en posición de semifowler.
- ❖ En la jeringa se debe dejar la menor cantidad posible de aire, para no distender el estómago, si esto no ocurre con facilidad, se puede aplicar una presión muy ligera.
- ❖ Conectar el equipo utilizando un adaptador a la sonda gástrica, ajustando el ritmo de goteo.
- ❖ Después de terminar la administración de alimento, se hace pasar un poco más de agua por la sonda, con el propósito de limpiar, lo cual impide que se fermenten

restos de alimentos dentro de la sonda.

- ❖ Anotar el volumen de alimento administrado por la sonda, lo mismo que el volumen de agua.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Calentar la fórmula a temperatura ambiente antes de darla, para reducir el peristaltismo excesivo y prevenir la regurgitación.
- ★ Si parece haber una obstrucción, suspenda la comida e informe del problema, así mismo si existe presencia de vómito, náusea o distensión abdominal.
- ★ Antes de introducir líquido alguno asegúrese de que la sonda este dentro de la cavidad gástrica.

MEDICIÓN DE LA PRESIÓN VENOSA CENTRAL

CONCEPTO

Son las actividades que se efectúan para realizar la medición en centímetros de agua de la presión sanguínea en las grandes venas del organismo (la vena cava o aurícula derecha, a través de un catéter que se introduce en la vena subclavia).

OBJETIVOS

- a) Calcular el volumen sanguíneo.
- b) Evaluar la eficacia del mecanismo de bombeo del corazón.
- c) Evaluar si hay insuficiencia circulatoria.

PRINCIPIOS

- a) La presión venosa central (P.V.C) varía según el sitio de la vena y la posición del cuerpo (esto es: erecta, sentada, o acostada).
- b) La P.V.C. Refleja las interrelaciones dinámicas entre la actividad cardíaca, tono vascular y volumen sanguíneo efectivo.
- c) El tubo central conectado a aurícula derecha o vena cava actúa como extensión del sistema vascular del paciente.
- d) La dinámica circulatoria es más estable cuando el enfermo está en posición supina porque las arterias y venas están orientadas horizontalmente a un nivel cercano al del corazón.

MATERIAL

Equipo desechable (para medir la presión venosa central) unido al equipo de venoclisis.

Llave de tres vías.

Manómetro con escala en centímetros unido al equipo portasuero (tripié).

PROCEDIMIENTO

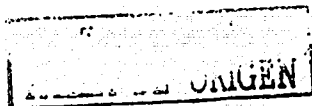
- ❖ Trasladar el material y equipo al área del paciente.
- ❖ Explicarle al paciente las ventajas y la necesidad del procedimiento.
- ❖ Colocar al paciente en posición supina.
- ❖ Colocar el equipo de medición al nivel de la línea media a la altura de la aurícula derecha.
- ❖ Colocar llave de 3 vías al catéter del paciente.
- ❖ Gire de tal modo que se cierre hacia el paciente y se llene el manómetro con solución hasta 20 o 25 cm.
- ❖ Cierre la llave de la solución y abra la llave de tres vías hacia el paciente para que marque en la columna de medición.
- ❖ Observe la caída de la columna de líquido en el manómetro.
- ❖ Observe el nivel en que se estabiliza (oscila) el líquido en el manómetro, esta será la cifra de la P. V. C (la presión normal de la vena cava es de 6 a 12 cm H₂O).

Y, en la aurícula derecha de 0 a 4 cm H₂O).

- ❖ Realiza las anotaciones correspondientes en la hoja de enfermería.
- ❖ Gire la llave para restablecer el paso de la solución que se está administrando.
- ❖ Dejar cómodo al paciente.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Verificar permeabilidad del catéter.
- ★ Asegurarse de que no existan fugas en el tubo o en las puntas de unión.
- ★ Registrar cada una de las mediciones y notificar si ocurren cambios notables de las cifras.
- ★ El flujo continuo de solución es necesario para conservar el catéter intravenoso permeable.
- ★ Las mediciones deberán hacerse bajo las mismas condiciones.
- ★ Asegurarse de que el paciente se encuentre recostado y sin almohadas.



ALIMENTACIÓN PARENTERAL (NPT)

CONCEPTO

Son las actividades que realiza la enfermera para suministrar nutrimentos al paciente por vía intravenosa, cuando no conviene o no es posible cubrir estas necesidades a través de la vía enteral.

OBJETIVOS

- a) Mantener los requerimientos nutricionales del paciente a través de la vía venosa
- b) Mantener en reposo el aparato gastrointestinal .

PRINCIPIOS

- a) Las necesidades del individuo aumentan cuando tiene una enfermedad hipermetabólica, fiebre o lesiones, quizá se requieran hasta 10.000 calorías/ día.
- b) El volumen necesario de líquido para proporcionar tantas calorías adicionales excedería a la tolerancia de líquidos y causaría edema pulmonar e insuficiencia cardíaca congestiva.
- c) Este método (NPT) proporciona la concentración de calorías deseadas en el sistema intravenoso que diluye rápidamente los nutrimentos que recibe hasta las concentraciones satisfactorias de tolerancia del organismo.

MATERIAL

- Campana de flujo laminar.
- Carro de curación.
- Soluciones antisépticas.
- Guantes, compresas y gasas estériles.
- Gasa alcoholada.
- Tela adhesiva.
- Cepillo de fibra de nylon.
- Aminoácidos esenciales al 8.5% ml.
- Dextrosa al 50%.
- Equipo de transferencia.
- Bolsa o frascos vacíos
- Jeringas de insulina.
- Grapas o pinzas para sellar bolsas.
- Jeringas de 20ml.
- Jeringas de insulina .
- Agujas hipodérmicas estériles de diferentes calibres.
- Tapas guardapolvo estériles.
- Fármacos a utilizar para el procedimiento:
- Fosfato de potasio.
- Acetato de potasio.
- Cloruro de sodio.
- Sulfato de magnesio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gluconato de calcio.
Multivitaminas endovenosas.
Insulina.
Heparina.
Albumina.
Soluciones: glucosa al 5% y mixta.
Etiquetas adheribles.
Recipientes con soluciones antiséptica para asepsia de ampolletas.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Integre el equipo en el carro de curación y llévelo al área de preparación.
- ❖ Limpie las superficies de la campana con lienzo humedecido en solución antiséptica (a excepción de la rejilla).
- ❖ Ponga a funcionar la campana de flujo laminar 15 minutos antes de iniciar la preparación de la solución.
- ❖ Proceda al aseo de los frascos de nutrientes, soluciones parenterales y antisépticos, fármacos pinzas y grapas selladoras y recipientes.
- ❖ Coloque los materiales dentro de la campana en orden de utilización.
- ❖ Colóquese el cubre boca y gorro.
- ❖ Efectúe el lavado quirúrgico de las manos.
- ❖ Póngase la bata quirúrgica y cálcese los guantes.
- ❖ Prepare la mezcla antiséptica de la siguiente manera:
- ❖ Retire el cierre exterior y el disco metálico de los frascos de aminoácidos, y limpie los tapones de hule con gasa alcoholada y otro antiséptico
- ❖ Agregue a los aminoácidos el gluconato de calcio y el sulfato de magnesio.
- ❖ Destape los frascos de glucosa y efectúe su asepsia, agregue el fosfato de potasio con otra jeringa, sin perder el vacío del frasco.
- ❖ Abra el equipo de transferencia del tapón de hule de los aminoácidos.
- ❖ Inserte la aguja del equipo en el frasco de glucosa a través de la marca triangular del tapón de hule.
- ❖ Coloque la tapa guardapolvo y adhiera la etiqueta al frasco anotando los componentes de la mezcla, fecha y hora de preparación, periodo de administración, nombre de quien lo preparó y datos del paciente a quien se van a instalar enseguida, en el carro de curación.
- ❖ Apague la campana y traslade los frascos con la mezcla al refrigerador, a una temperatura de 4 a 10 °C dejando los frascos que se van a administrar.
- ❖ Coloque en el carro de curación el equipo necesario para la instalación de alimentación parenteral.
- ❖ Instale la mezcla al paciente con un equipo venoset universal preferentemente purgado (previa instalación del catéter realizada).
- ❖ Verifique constantemente el goteo continuo a la velocidad indicada teniendo cuidado que no se sedimente la mezcla ni se termine totalmente la solución (el remanente deberá llegar a la mitad del cuentagotas).
- ❖ Tome los signos vitales cada 4 horas.
- ❖ Vigilar el peso corporal y control estricto de líquidos diariamente, así como la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

aplicación de reactivos.

- ❖ Cambiar los apósitos cada 48 a 72 horas según sea necesario.
- ❖ Realice anotaciones en los registros de enfermería de las acciones realizadas al paciente y la respuesta al tratamiento.
- ❖ Deje cómodo al paciente.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Prepare las soluciones en un área exclusiva evitando el tránsito y las corrientes de aire.
- ★ Observe si se presentan reacciones locales en la inserción del catéter, alteraciones generales, enrojecimiento, edema, secreción, fiebre, hipoglucemia, cetona, glucosuria, cambios en el estado de alerta, síntomas de desequilibrio hidroelectrolítico.
- ★ Compruebe periódicamente la fijación y permeabilidad del catéter, así como alteraciones generales.
- ★ Corrobore el contenido del frasco de aminoácidos ya que algunas presentaciones contienen adicción importante de electrolitos.
- ★ Realice control bacteriológico periódico para corroborar la efectividad de los filtros y peri filtros de la campana.
- ★ Cuando utilice bolsa para viaflex, emplee la pinza selladora y las grapas para cerrar la bolsa por donde pasaron los electrolitos.
- ★ Cuando prepare la mezcla siga el orden enunciado para evitar precipitaciones.
- ★ Revise con claridad la mezcla antes de administrarla.
- ★ Cuando el catéter se obstruya o se acode evite introducir soluciones de manera forzada para prevenir embolias e iatrogénias.
- ★ Proteja totalmente el apósito de inserción del catéter con la tela adhesiva o cinta micro poro.
- ★ Evite la utilización de esta vía para otros procedimientos como medición de presión venosa central o ministración de otras soluciones y medicamentos.
- ★ Cuando destape el catéter, aspire solamente con jeringa.
- ★ Al retirar el catéter, corte la punta y envíelo al laboratorio para cultivo.
- ★ Utilice exclusivamente el catéter asignado para la alimentación parenteral.
- ★ No utilice este catéter para otras soluciones o para extracción de muestras de laboratorio.
- ★ Cambie frascos de alimentación cuando se requiera.
- ★ Saque el frasco con la mezcla del refrigerador, 1 hora antes de utilizarlo.
- ★ Homogenice, la mezcla.
- ★ Efectúe curación de sitios de inserción de catéter con extremas medidas de asepsia y seguridad utilizando los antimicrobianos que se indique.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ALIMENTACIÓN POR GASTROSTOMIA O YEYUNOSTOMIA

CONCEPTO

Método que se emplea como alternativa para nutrir el organismo del paciente, en caso de que no sea posible por medio de las transfusiones intravenosas y por sonda gástrica.

ALIMENTACIÓN POR GASTROSTOMIA

CONCEPTO

Método por el cual se nutre al organismo por medio de un estoma temporal o permanente que permite introducir el alimento a través de la piel directamente en el estómago, preferible para alimentación prolongada, cuando está contra indicado utilizar el esófago.

OBJETIVOS

- a) Erradicar los temores que tenga el paciente.
- b) Proporcionar una vía de alimentación cuando la vía bucal no es factible.
- c) Evitar el desequilibrio alimenticio.

PRINCIPIOS

- a) Si el alimento se administra con fuerza produce molestias abdominales.
- b) Si el alimento se administra directamente del refrigerador causara molestias graves al organismo del paciente y podría producir rechazo hacia la alimentación.

MATERIAL

Alimento preparado.

Bandeja con embudo.

Tubos y adaptador.

Agua temperatura ambiente.

Para la asepsia de la piel en torno al estoma:

Jabón y agua estéril o solución.

Pomada protectora para la piel como óxido de cinc o vaselina.

Gasas, cinturón abdominal o correas tipo Montgomery.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Verter el alimento en un recipiente graduado y entibiárla a 37.8°C en una vasija con agua.
- ❖ Orientar al paciente sobre el procedimiento a realizar.
- ❖ Colocar al paciente en posición fowler alta a menos que esté contraindicado.
- ❖ Cubrir la parte alta del paciente con media sábana o una toalla para baño, doblar hacia abajo las ropas de la cama para descubrir al paciente de la cintura hacia abajo.

- ❖ Conectar el embudo a los tubos y unirlos a la sonda.
- ❖ Descubrir la abertura de la sonda de gastrostomía e insertar la sonda de unión.
- ❖ Verter el alimento en un embudo inclinado, quitar las pinzas de los tubos y permitir que fluya el líquido al estómago por gravedad.
- ❖ Regular el flujo elevando o bajando el recipiente.
- ❖ Después de cada alimentación, se lava la sonda con agua (a la temperatura ambiente) y se pinza.
- ❖ Aplicar un apósito pequeño sobre la abertura de la sonda, utilizando una banda de caucho para conservarlo en su sitio.
- ❖ Torcer una cinta delgada de tela adhesiva alrededor de la sonda y fijarla firmemente al abdomen o arrollar los tubos en un apósito.
- ❖ Cubrir los tubos con apósito y aplicar un cinturón abdominal firme para conservarlos en su sitio.
- ❖ Dejar cómodo al paciente.
- ❖ Anotar el procedimiento realizado en la hoja de enfermería correspondiente.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- * La enfermera deberá procurar lavar la sonda antes y después de la alimentación para evitar que se tape con el alimento.
- * El alimento bajara por gravedad.
- * El alimento deberá administrarse a temperatura ambiente.
- * La solución alimenticia deberá de administrarse el día que se prepara.
- * Evitar que penetre aire.

ALIMENTACIÓN POR YEYUNOSTOMÍA

CONCEPTO

Método por el cual se nutre al organismo, por medio de un estoma que permite el acceso directo al yeyuno.

Este método de alimentación puede utilizarse cuando hay que derivar el estómago.

OBJETIVOS

- a) Evitar el reflujo esofágico.
- b) Vigilar los signos de desequilibrio de líquidos y electrolitos.
- c) Corregir algunas deficiencias nutricionales.
- d) Evitar infecciones por mala asepsia.
- e) Evitar la entrada de aire y causar distensión.

PRINCIPIOS

- a) El drenaje gástrico o del yeyuno contiene enzimas digestivas que pueden irritar la piel.
- b) El alimento pasa por gravedad de una zona de mayor concentración a una de menor concentración.
- c) El apósito de la herida facilita la maceración de la piel.
- d) La piel suele irritarse por la acción de los jugos gástricos que se escapan.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MATERIAL

Solución alimenticia la cual se desechará después de 24 hrs, de su elaboración.

Jeringa de 20cc.

Recipiente para colocar la alimentación.

Solución para lavar la sonda.

Gasas, lubricantes (para inserción de la sonda), guantes, sonda #18 para alimentación.

Para la asepsia de la piel en torno al estoma:

Jabón y agua estéril o solución.

Pomada protectora para la piel como óxido de cinc o vaselina.

Gasas, cinturón abdominal o correas tipo Montgomery.

PROCEDIMIENTO

❖ Se ayuda al paciente a colocarse en posición fowler o lateral derecha ligeramente elevado para favorecer la digestión y evitar el reflujo.

❖ Si la sonda se encuentra en el sitio:
retirar la gasa o el apósito que cubre la sonda.

unir la jeringa a la sonda sin pinzar.

Introducir de 15 a 30 ml de agua a la jeringa.

❖ Retirar la pinza.

❖ Si no hay una sonda en su sitio se procede a insertarla.

Cubrir el extremo de la sonda.

Con guantes retirar la gasa de la ostomía.

Insertar de 10 - 15 cm, de sonda en la apertura de la ostomía.

❖ Para la administración de la solución alimenticia.

❖ Se mantiene la jeringa a 7- 15 cm por encima de la apertura de la ostomía.

❖ Introducir con lentitud la solución a la jeringa permitiendo que fluya por gravedad.

❖ Antes de que la fórmula desaparezca de la jeringa añadir solución.

❖ Pinzar la sonda, cubrir el extremo con una gasa.

❖ Valorar el estado de la piel entorno al estoma.

❖ Aplicar la pomada en el área alrededor de la sonda.

❖ Realizar las anotaciones en la hoja de enfermería correspondiente.

❖ Dejar al paciente cómodo.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

★ El alimento deberá administrarse a temperatura ambiente.

★ La solución alimenticia deberá de administrarse el día que se prepara.

★ Evitar la entrada de aire.

★ La enfermera deberá tener una vigilancia estrecha debido a que con este método son frecuentes las diarreas y el síndrome de vaciamiento rápido.

★ Asear todos los recipientes perfectamente debido a que las formulas y los alimentos son medios excelentes para el crecimiento de bacterias.

★ Vigilar si existen signos de desequilibrio de líquidos y electrolitos.

INSTALACIÓN DE SONDA FOLEY

CONCEPTO

Es la introducción de una sonda estéril por la uretra hacia la vejiga con el propósito de drenar la orina, puede ser :

- a) **Temporal:** método que se emplea regularmente para tomar muestras de orina limpia de gérmenes y para drenar la vejiga (se utiliza sonda recta).
- b) **A permanencia:** Este método se emplea regularmente para pacientes que van a ser sometidos a cirugía, el tiempo de permanencia de la sonda es indicado por el médico según el padecimiento del paciente (se utiliza sonda con punta de globo).

OBJETIVOS

- a) Obtener una muestra de orina exenta de contaminación para investigar la presencia de gérmenes.
- b) Vaciar la vejiga en caso de retención urinaria.
- c) Preparar al paciente para intervenciones quirúrgicas.
- d) Evitar micciones involuntarias en pacientes inconscientes o problemas neurológicos.
- e) Facilitar la eliminación urinaria en pacientes inmóvilizados.
- f) Facilitar la eliminación urinaria en el postoperatorio o posparto de pacientes con edema uretral y heridas quirúrgicas muy dolorosas.

PRINCIPIOS

- a) El funcionamiento renal se mantiene mediante una eliminación urinaria normal.
- b) Prevenir la tensión en la pelvis o heridas abdominales por la vejiga distendida.
- c) El lubricante reduce la fricción y traumatismo del meato urinario.
- d) La flora vaginal normal es patógena si se llega a introducir en el aparato urinario.

MATERIAL

Charola con equipo para aseo de genitales.
Sonda foley o nelaton calibre 12 a 16.
Gasas y torundas estériles.
Solución antiséptica.
Pinzas estériles.
Guantes estériles.
Bandeja de riñón.
Jeringa de 5cc.
Agua inyectable o solución.
Bolsa colectora para orina.
Lámpara de pie o de exploración.
Jalea lubricante hidrosoluble.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Informar al paciente el procedimiento a realizar.
- ❖ Trasladar el equipo a la unidad clínica y colocarlo en la mesa.
- ❖ Aislarlo y colocarlo en posición de acuerdo al sexo (decúbito dorsal al varón y en posición ginecológica a la mujer).
- ❖ Cubrir con una sábana.
- ❖ Instalar el cómodo.
- ❖ Realizar el aseo de genitales externos con solución antiséptica, siguiendo los principios de asepsia.
- ❖ Colocar una lámpara encendida que permita iluminar el campo.
- ❖ Disponer el equipo que va a utilizarse según el caso, abrir paquetes con gasas, jeringas, pinzas, sonda vesical, solución antiséptica, bolsa colectora, etc.
- ❖ Calzarse los guantes.
- ❖ Probar la permeabilidad de la sonda.
- ❖ Proceder a instalar la sonda de la siguiente manera.
 - a) En paciente femenino: con una mano separar y levantar ligeramente hacia arriba los labios menores para localizar el meato urinario, sin cerrar los labios menores tomar la sonda lubricarla con la jalea e introducirla de 5 a 7cm hasta que empiece a fluir la orina.
 - b) En el varón: con una mano protegida con gasa tomar el pene y colocarlo en posición erecta, retraer el prepucio y localizar la uretra, lubricar la sonda con jalea e introducir el catéter de 15 a 20cm aplicando una presión suave y continua, bajar el pene para que por gravedad fluya la orina hacia el exterior.
- ❖ Tomar solución estéril con la jeringa
- ❖ Una vez introducida la sonda proceder a:
 - ❖ Fijar la sonda en caso de que este indicada a permanencia.
 - ❖ Obturar el tubo por donde se introdujo el líquido al globo, si es necesario conectar el extremo libre de la sonda, con el tubo de derivación y el extremo libre de éste al frasco o bolsa colectora.
 - ❖ Realizar el informe escrito en la hoja de enfermería correspondiente sobre cantidad, color, olor, consistencia y aspecto de la orina drenada.
 - ❖ Dejar cómodo al paciente.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Antes de realizar el cateterismo estimular la micción voluntaria vertiendo agua tibia sobre la vulva para relajar el esfínter urinario.
- ★ Cambiar diariamente la bolsa o frasco recolector para evitar la acumulación de depósitos y el desarrollo de olores desagradables.
- ★ Cerrar a intervalos de tiempos señalados, si se indica drenaje intermitente.
- ★ Mantener la esterilidad del catéter y el tubo colector.
- ★ Asegurarse de un buen aseo de vulva y del escroto.
- ★ Para retirar la sonda, con una jeringa extraer el líquido introducido al globo al terminar de fluir la orina, ocluir el catéter y extraerlo con movimiento rápido y suave.

ENEMA EVACUANTE

CONCEPTO

Es el método por el cual se introduce un chorro de solución en recto o porción inferior del colon para provocar la expulsión de materia fecal.

Los enemas pueden ser:

- a) Enema de limpieza: favorecen la completa evacuación de las heces del colon actuando estimulando el peristaltismo mediante la perfusión de grandes volúmenes de solución.
- b) Enemas oleosos de retención: estos actúan lubricando el recto y el colon, las heces absorben el aceite y se ablandan, con lo que son más fáciles de eliminar.
- c) Enemas medicamentosos: contienen fármacos y pueden prescribirse para reducir los niveles peligrosamente elevados de potasio sérico, o para reducir las bacterias en el colon antes de la cirugía intestinal.

OBJETIVOS

- a) Evacuar el contenido intestinal con fines diagnósticos y terapéuticos.
- b) Estimular la peristalsis en el intestino.
- c) Limpiar el intestino como preparación para examen radiográfico.

PRINCIPIOS

- a) La posición del recto, favorece el paso de la solución por gravedad.
- b) El permitir que entre el aire en los intestinos no es dañino, aunque si puede hacer que resulte más difícil introducir la solución en caso de que la presión intestinal sea excesiva en caso de flatos y estreñimiento.
- c) La cantidad de solución que se introduce por enema, depende del tipo de enema, edad y estado del paciente.
- d) La persistencia de molestias o tensión abdominal indican el logro de los objetivos trazados en el procedimiento.
- f) El enema de limpieza requiere de una retención del líquido durante 30 segundos, en tanto que la retención de 5 a 10 minutos aproximadamente.
- g) Los enemas de retención reblandece las heces fecales y estimulan el reflejo de la defecación.
- h) El tubo rectal facilita la expulsión de gas.

MATERIAL

- a) Para enema en bolsa

Guantes desechables.

Bolsa de enema con tubo de conexión.

Tubo y pinza (en caso de que no vengan con el envase).

Sonda rectal del tamaño adecuado (22 a 30 Fr).

Volúmen correcto de solución templada 750 a 1.000 ml, y de 37 a 40° C.

Lubricante hidrosoluble.

Toalla de baño o sabana para cubrir al paciente.

Protector de hule.
Papel higiénico.
Cómodo.
Soporte IV.

b) Para enema comercial:

Guantes desechables.
Envase del enema comercial extremo rectal.
Lubricante hidrosoluble.
Hule protector.
Toalla de baño.
Papel higiénico.
Cómodo.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Informar al paciente sobre el procedimiento a realizar.
- ❖ Lávese las manos.
- ❖ Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad de trabajo.
- ❖ Proporcione un ambiente de privacidad.
- ❖ Levantar la cama hasta la altura de trabajo adecuada , levante la barandilla del lado opuesto de la cama.
- ❖ Ayude al paciente a colocarse en decúbito lateral izquierdo (Sims), con las rodillas flexionadas.
- ❖ Calzarse los guantes desechables.
- ❖ Coloque el protector de hule por debajo de la región glútea.
- ❖ Cubrir al paciente con una toalla de baño, exponiendo sólo la zona rectal, de forma que se vea claro el ano.
- ❖ Coloque el cómodo cerca del paciente.

Para el enema de envase comercial:

- ❖ Retire el tapón de plástico del extremo rectal, (la punta ya está lubricada, pero puede aplicarse más gel si fuera necesario).
- ❖ Separar lentamente los glúteos y localice el recto, pida al paciente que se relaje y que respire lentamente por la boca.
- ❖ Inserte la punta de la botella suavemente en el recto (aproximadamente de 7.5 a 10 cm.).
- ❖ Exprima la botella hasta que toda la solución haya entrado al recto y el colon, (la mayoría de las botellas contienen aproximadamente 250 ml de solución).
- ❖ Pida al paciente que retenga la solución hasta que produzca la urgencia para defecar (generalmente de 2 a 5 min.).

Para el enema con bolsa especial:

- ❖ Añada la solución templada a la bolsa de enema.
- ❖ Eleve el envase, libere la pinza y permita que la solución fluya lo suficiente como para llenar el tubo.
- ❖ Vuelva a pinzar el tubo.
- ❖ Lubrique los últimos 6-8 cm del extremo de la sonda rectal con gel lubricante.

- ❖ Separe suavemente los glúteos y localice el ano, pida al paciente que se relaje espirando lentamente por la boca.
- ❖ Inserte el extremo de la sonda rectal lentamente, dirigiéndola hacia el ombligo del paciente (aproximadamente 7.5 a 10 cm).
- ❖ Mantenga el tubo en el recto hasta el final de la instilación del líquido.
- ❖ Abra la válvula reguladora y permita que la solución entre lentamente, con el envase a la altura de las caderas del paciente.
- ❖ Levante lentamente el envase del enema hasta que alcance una altura adecuada, por encima del ano (de 30 a 45 cm).
- ❖ Pince el tubo cuando haya instilado toda la solución.
- ❖ Coloque capas de papel higiénico en el ano, alrededor de la sonda rectal, y retírela lentamente.
- ❖ Explique al paciente que la sensación de distensión es normal.
- ❖ Pida al paciente que retenga la solución todo el tiempo posible, mientras permanece inmóvil en la cama.
- ❖ Coloque el cómodo cerca del paciente.
- ❖ Deseche el envase y el tubo del enema en un receptáculo adecuado, o lávelo exhaustivamente con agua jabonosa caliente y agua corriente, si pretende reutilizar el envase.
- ❖ Observe el aspecto de las heces y de la solución.
- ❖ Realice las anotaciones correspondientes en la hoja de enfermería.
- ❖ Deje al paciente cómodo en su cama.
- ❖ Quitese los guantes y deséchelos.
- ❖ Lávese las manos.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ No introducir la sonda si existe resistencia excesiva.
- ★ Vigilar las reacciones del paciente durante la explicación del enema.
- ★ Valorar el aspecto de las heces antes del enema para descubrir inicios de impacción, sangre en heces u otros trastornos intestinales.
- ★ Si hubiese resistencia al introducir la sonda, se permite que entre un pequeño volumen de solución, se extrae un poco la sonda y después se continúa introduciéndola, no se debe forzar la introducción de la sonda se pide al paciente que respire profundamente varias veces.
- ★ Baje el envase o pince el tubo si el paciente presenta calambres o pérdida de líquido alrededor de la sonda rectal.

OXIGENOTERAPIA

CONCEPTO

Procedimiento para suministrar oxígeno al paciente en concentración terapéutica a través de las vías respiratorias para aliviar la hipoxia, y se puede administrar con ayuda de diferentes dispositivos.

a) Catéter:

Es un tubo delgado de plástico que se inserta en la nariz por vía nasal hasta llegar a la vía bucofaringea.

b) Cánula:

Es un tubo de plástico con dos orificios que sobresalen y que se adaptan a la nariz, se sostienen en un sitio por medio de una banda elástica alrededor de la cabeza.

c) Mascarilla facial:

Es un método de administración de oxígeno cuando se requiere concentración muy alta (cerca al 100%), se coloca la mascarilla sobre la nariz y la boca del paciente, asegurándose que quede perfectamente sellada.

OBJETIVOS

Reconocer los problemas respiratorios del paciente y el efecto de la oxigenoterapia para dar los cuidados de enfermería segura y eficaz mediante la aplicación de oxígeno.

PRINCIPIOS

- a) Todas las células del organismo necesitan un aporte adecuado de oxígeno.
- b) La mayor parte del oxígeno llega de las células combinado con la hemoglobina.
- c) Una tensión de oxígeno demasiado alto inhibe la actividad enzimática y tiene por ello efecto tóxico para el organismo.
- d) Las neuronas resisten hasta tres minutos sin oxígeno o después de este tiempo mueren y no se regeneran.
- e) El oxígeno, bióxido de carbono y el monóxido de carbono son gases incoloros e inodoros que se encuentran libres en la atmósfera.
- f) El proporcionar un aporte de oxígeno más, nos permite una buena perfusión tisular.

MATERIAL

Fuente de oxígeno.

Cánula, catéter o mascarilla facial.

Tela adhesiva.

Agua destilada o estéril.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Lávese las manos.
- ❖ Explique al paciente el procedimiento a realizar.

- ❖ Coloque al paciente en posición semifowler de preferencia.
- ❖ Agregue agua destilada en un frasco al aparato que proporciona el oxígeno antes de administrarlo al paciente, conservar el frasco hasta 2/3 de su nivel.
- ❖ Conecte el dispositivo a utilizar al suministro de oxígeno con el tubo de oxígeno.
- ❖ Ajuste el flujo de oxígeno a la dosis prescrita.
- ❖ Coloque el dispositivo de oxigenación y ajuste a la cabeza del paciente de forma que resulte confortable para el paciente.
- ❖ Observe el funcionamiento adecuado del dispositivo de oxigenación.
- ❖ Registre el procedimiento en la hoja de enfermería correspondiente.
- ❖ Lávese las manos.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Proteger al enfermo que se haya en una atmósfera rica en oxígeno del riesgo de fuego y poner anuncios que digan no fumar.
- ★ Verificar que el paciente no este maquillado.
- ★ Observar a los pacientes en busca de signos de oxigenación inadecuada, tales como: cianosis, inquietud, disnea, confusión o cambio abrupto en la agudeza mental.
- ★ Revisar los frascos humidificadores para asegurarnos que no estén vacíos esto hace que el oxígeno administrado no este humidificado con la siguiente molestia.
- ★ Valorar la permeabilidad de los tubos de oxígeno, las torceduras y nudos pueden ser causa de interrupción en la administración de oxígeno.
- ★ Vigilar la posibilidad de dolor intenso del pecho, pulso rápido y disnea que pueden ser indicación de neumotórax.
- ★ Cuando el paciente tiene cánula nasal observar si respira por la boca lo cual nulifica el beneficio del oxígeno, insistir en que el paciente respire por la nariz.
- ★ El equipo para la administración de oxígeno debe ser desechable, pero a veces no es posible por lo cual cuando se vaya a emplear con varios pacientes, se debe lavar, desinfectar y librarlo de microorganismos infectantes que podrían afectar a otras pacientes susceptibles.
- ★ Enseñar al paciente a respirar con la nariz con la boca cerrada.
- ★ Observe cualquier reacción que el paciente pudiera presentar.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CAMBIOS DE POSICIÓN

CONCEPTO

Es la alineación anatómica de los segmentos corporales intencionada con fines de comodidad, del paciente recluido por tiempo prolongado a la cama, y estos cambios suelen ser de rotación, desplazamiento o levantamiento del paciente.

OBJETIVOS

- a) Mantener el funcionamiento óptimo del sistema músculo esquelético.
- b) Evitar deformaciones óseas y articulares.
- c) Mantener el buen alineamiento del cuerpo.
- d) Evitar contracturas y favorecer el descanso.
- e) Proporcionarle comodidad al paciente.
- f) Evitar tromboflebitis y edema de las extremidades.
- g) *Proporcionar comodidad al paciente.*
- h) Evitar úlceras por presión.

PRINCIPIOS

- a) El cambio de posición en un paciente que se encuentra recluido en cama alivia la presión de un área determinada del cuerpo.
- b) Se logra la estimulación de la circulación.
- c) Manteniendo el alineamiento correcto facilita el funcionamiento corporal y contribuye al bienestar físico y psicológico del paciente.
- d) La posición anatómica normal conserva las áreas de inmovilidad funcionales.
- e) el cambio de posición ayuda a la relajación del cuerpo.

MATERIAL

Cojín suave o sábana clínica.
Almohadas para dar apoyo al paciente.
Cojincillos para trocánter.
Silla o reposet.

PROCEDIMIENTO

a) Cambios de rotación:

Posición en decúbito dorsal o supina.

- ❖ La cabeza del paciente se encuentra en línea con la columna, tanto en sentido lateral como antero posterior.
- ❖ El tronco se coloca de tal forma que se reduzca al mínimo la flexión de las caderas.
- ❖ Los brazos se flexionan en el codo con las manos descansando en el abdomen lateral.
- ❖ Los miembros inferiores están extendidos en posición neutral con los dedos gordos dirigidos hacia el techo.

- ❖ Los talones se suspenden en un espacio entre el colchón y el pie de la cama.
- ❖ Se colocan cojincillos para trocánter debajo de los trocánteres mayores en las áreas de la articulación de la cadera.
- ❖ Si el paciente puede ayudar en el procedimiento agarrándose a la cabecera de la cama, coloque un brazo por debajo de los hombros del paciente y el otro por debajo de sus caderas, indíquele que a una señal convenida tire de su cuerpo hacia la cabecera, al mismo tiempo que la enfermera lo empuja en la misma dirección.
- ❖ También pídale que doble las rodillas y empuje el colchón con los talones para conseguir el impulso necesario para efectuar el movimiento.
- ❖ En caso de que el paciente no pueda colaborar se necesitan de dos personas para realizar el procedimiento, las cuales colocaran sus manos debajo de las caderas y los hombros del paciente, luego, a una señal convenida ambas lo desplazan en dirección a la cabecera de la cama, usando la mecánica corporal adecuada

Posición de costado lateral.

- ❖ La cabeza debe estar en línea con la columna.
- ❖ El cuerpo se alinea y no se tuerce.
- ❖ La parte más alta de la articulación de la cadera debe estar ligeramente hacia delante y apoyada por una almohada en ligera abducción.
- ❖ Una almohada sostiene el brazo, que se flexiona en las articulaciones del codo y del hombro.
- ❖ Para voltear al paciente sobre su lado izquierdo primero desplácelo hasta el borde derecho de la cama.
- ❖ Crúcele la pierna derecha sobre la izquierda.
- ❖ El brazo izquierdo se coloca en abducción y rotación externa con el codo flexionado.
- ❖ El brazo derecho se coloca en abducción y flexión sobre el pecho.
- ❖ Permanezca de pie en el lado de la cama hacia el cual se va a girar al paciente.
- ❖ Coloque una mano sobre la cadera derecha del paciente y la otra sobre su hombro derecho.
- ❖ Tire del paciente girándolo para acostarlo sobre su lado izquierdo.
- ❖ Si el procedimiento va a ser realizado por una sola enfermera levante el barandal de la cama en el lado opuesto a ella utilice la mecánica corporal adecuada del cuerpo.

Posición en pronación.

- ❖ La cabeza se volteja hacia un lado y se alinea con el resto del organismo.
- ❖ Los brazos deben estar en abducción y rotación externa en la articulación del hombro; los codos se flexionan.
- ❖ Se coloca un apoyo pequeño, debajo de la pelvis, desde la altura del ombligo hasta el tercio superior del muslo.
- ❖ Las extremidades inferiores permanecen en posición neutral.
- ❖ Los dedos de los pies se suspenden sobre el borde del colchón.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

b) Cambios de levantamiento o traslado.

Trasladar al paciente de la cama a una silla.

- ❖ Coloque la silla paralela a la cama lo más cerca del posible de las caderas del paciente.
- ❖ Ayude al paciente a sentarse en la orilla de la cama.
- ❖ Coloque sus manos debajo de las axilas del paciente apóyelo para que se ponga de pie enfrente de la silla.
- ❖ Espere hasta que adquiera estabilidad, a continuación, todavía sosteniéndolo ayúdelo a que gire lentamente hasta que alcance la posición para sentarse en la silla.
- ❖ Si el paciente puede, debe ayudar en el descenso hacia la silla, pero de no ser así la enfermera debe continuar sosteniéndolo hasta que se encuentre sentado en la forma totalmente segura.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Una posición correcta permite la realización óptima de la exploración física y la aplicación de tratamiento.
- ★ Voltee al paciente impedido cada dos horas par prevenir complicaciones.
- ★ Observe las condiciones de la piel durante los cambios de posición.
- ★ Verifique los signos vitales antes y después de realizar el procedimiento.
- ★ La enfermera deberá aplicar su mecánica corporal.
- ★ Mantener la ropa de cama seca, limpia, extendida para evitar lesiones en la piel.
- ★ Evitar la presión continua en las diferentes regiones anatómicas.

VENDAJES

CONCEPTO

Es la aplicación de un dispositivo manual el cual se trata regularmente de una banda continua de material tejido, la cual se puede colocar en los diferentes segmentos del cuerpo humano con fines preventivos o terapéuticos para comprimir, contener o corregir.

OBJETIVOS

- a) Disminuir o evitar hemorragias.
- b) Fomentar la absorción de líquidos tisulares y prevenir la pérdida de dichos líquidos.
- c) Limitar los movimientos de extremidades o articulaciones en caso de alguna lesión.
- d) Proporcionar calor y protección.
- e) Corregir deformidades de una parte del cuerpo por medio de la inmovilización de esta parte.
- f) Dar comodidad y seguridad al paciente.

PRINCIPIOS

- a) La presión constante sobre los residuos interrumpe la circulación sanguínea y provoca muerte tisular.
- b) Los vendajes compresivos condicionan la coagulación.
- c) Los vendajes son medidas de sostén e inmovilización que coadyuvan en la prevención y tratamientos de problemas articulares.
- d) Una venda adecuada en longitud, ancho y forma a utilizar en determinada región permite su adaptación correcta.

MATERIAL

Vendas.
Gasas o apósitos.
Tela adherible o broches.
Tijeras.
Crema lubricante.
Jabón y agua.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Lavarse las manos.
- ❖ Preparar el material necesario y llevarlo a la unidad del paciente.
- ❖ Explicar al paciente el procedimiento.
- ❖ Usar las vendas de tamaño acorde a la región por vendar.
- ❖ Descubrir la región que se va a vendar y verificar que se encuentre limpia y seca.
- ❖ Proteger con material suave las prominencias óseas o pliegues naturales.

- ❖ Deben seguirse dos tiempos, para obtener mayor solidez y estabilidad: un primer tiempo para colocar el cabo de la venda en forma diagonal, y un segundo tiempo para consolidar la colocación anterior mediante una o dos circulares, para continuar con el vendaje que se deberá realizar según la valoración previa o las indicaciones medicas.
- ❖ Mantener el cuerpo de la venda hacia arriba de la superficie por vendar.
- ❖ Aplicar compresión uniforme y moderada de la parte distal a la proximal y de izquierda a derecha.
- ❖ Evitar las vueltas innecesarias o desenrollar demasiado la venda.
- ❖ Terminar y fijar la venda con tela adhesiva o broches dejando una referencia.
- ❖ Realizar las anotaciones en la hoja de enfermería correspondiente.
- ❖ Dejar al paciente en una posición cómoda.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Informar al paciente sobre el procedimiento.
- ★ Realizar movimientos inversos a la aplicación del vendaje.
- ★ Evitar maniobras bruscas.
- ★ Lubricar la región a vendar, previo aseo con agua y jabón.
- ★ Depositar las vendas utilizadas en los contenedores correspondientes.
- ★ La venda será aplicada firme con cierto grado de tensión, para que sea estable y correcta, pero de ninguna manera demasiado ligada.
- ★ Vigilar que quede descubierta la parte distal de la extremidad para vigilar constantemente el llenado capilar, presionando la yema del dedo.
- ★ Vigilar que no haya dolor, si sucede esto se deberá retirar el vendaje ya que no esta bien colocado.
- ★ Verificar antes de colocar el vendaje que la región se encuentre limpia y seca.
- ★ Todo vendaje será de izquierda a derecha ,debiendo quedar la persona que efectuó el vendaje, frente al lesionado.
- ★ Deberá iniciarse siempre por la parte más distal.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

CONTROL DE LÍQUIDOS

CONCEPTO

Es el procedimiento que realiza la enfermera para obtener la medición exacta de los líquidos que ingresan y egresan al organismo del paciente, con la finalidad de elaborar un diagnóstico y tratamiento oportuno.

OBJETIVOS

- Conocer el estado general de líquidos y electrólitos en el paciente.
- Valorar las necesidades de aumento o restricción de líquidos.
- Descubrir indicios tempranos sobre situaciones físicas potencialmente peligrosas.

PRINCIPIOS

- El agua constituye del 50 al 60 % del peso corporal del adulto.
- El agua actúa como solvente excelente para gran variedad de sustancias y permite la ionización de la temperatura.
- Los niveles de líquidos corporales varía según el equilibrio de sodio y agua.
- Ocurre déficit del volumen del líquido extracelular cuando existe reducción del agua corporal.

MATERIAL

Hoja de registro de control de líquidos (anexo 5).
Pluma del color que corresponde al turno.
Cómodo u orinal.
Pipeta graduada.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Se dará una explicación al paciente del porque se realizara este procedimiento.
- ❖ Al valorar el ingreso y egreso de líquidos, se debe usar la unidad de medición en mililitros o centímetros cúbicos.
- ❖ Se debe cerciorar si hay una orden para forzar la ingestión de líquidos o limitarla.
- ❖ Registre la cantidad de agua tomada, verifique también la bandeja de alimentos y la cantidad de líquidos tomada en forma de bebidas, gelatina, helado, sopa, té, café con leche etc.
- ❖ Registre las características de la orina como olor, densidad y claridad.
- ❖ Verificar si el paciente presenta diaforesis.
- ❖ Si esta sometido a un régimen de restricción de líquidos, ponga a su disposición agua en cantidades que aseguren la conservación de los límites del régimen el que este indicado.
- ❖ Lleve un registro continuo de la cantidad de líquido consumida y raciónela en el transcurso de 24 hrs. tome disposiciones para mayor ingestión de líquido en la mañana, tarde y una ingestión mucho menor al anochecer.

- ❖ Asegúrese de que el paciente comprenda el motivo y métodos de restricción de líquidos.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Es esencial la cooperación del enfermo para que el registro del ingreso y egreso del líquidos sea exacto.
- ★ Dar una explicación completa al paciente sobre la importancia de llevar un registro de la cantidad de ingresos y egresos.
- ★ Controlar la ingesta de líquidos en el paciente, para evitar una saturación del mismo, lo que pudiera provocar edema.
- ★ Cuantificar adecuadamente la ingestión y excreción, para evitar un balance erróneo.
- ★ El ingreso incluye (todos los líquidos ingeridos por vía oral como líquidos (IV), sangre y productos sanguíneos, alimentación gástrica y líquidos de irrigación que rebasan la cantidad eliminada, la irrigación de catéter urinario mayor que la cantidad extraída, y el líquido de diálisis peritoneal.
- ★ Hay que vigilar todos los signos de deshidratación o hidratación excesiva.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ASISTENCIA DE ENFERMERÍA AL PACIENTE DURANTE EL PARO CARDIO-RESPIRATORIO

CONCEPTO

Son las maniobras de urgencia que realiza la enfermera como parte del equipo médico de reanimación, durante la compleja gama de acontecimientos que ocurren en un paciente con paro-respiratorio.

OBJETIVOS

- a) Restablecer lo más pronto posible la función cardíaca y respiratoria, evitando al máximo daños irreversibles en el paciente.
- b) Prevenir la anoxia encefálica.
- c) Conservar la ventilación y circulación adecuadas.

PRINCIPIOS

- a) El paro cardíaco es un estado clínico en el que el gasto cardíaco es igual a cero.
- b) La falta circulatoria condiciona deterioro irreversible en el S.N.C.
- c) El inadecuado intercambio gaseoso condiciona la retención de CO₂ ocasionando acidosis respiratoria.
- d) El metabolismo anaeróbico produce ácido láctico que provoca acidosis metabólica.

MATERIAL

Carro de paro cardíaco (carro rojo).
Equipo de intubación.
Cánulas oro-faríngeas de diferentes calibres.
Mascarillas para oxígeno.
Sondas de diferentes calibres para la aspiración.
Tabla dura de paro.
Jeringas con agujas de diferentes calibres.
Conductor con las sondas endotraqueales.
Sondas endotraqueales de diferentes calibres.
Equipo de venodisección.
Solución glucosada al 15%.
Tela de micro poro.
Cánula de guedel.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Actúe de inmediato, tan pronto tenga la sospecha de ausencia de ruidos cardíacos, pulso o movimientos respiratorios.
- ❖ Solicite la ayuda del equipo médico de reanimación.
- ❖ Solicite el equipo y material para los casos de paro.
- ❖ De golpes con el puño una o dos veces sobre la región precordial (sin perder

- más de tres segundos en esta maniobra).
- ❖ Coloque al paciente en decúbito dorsal sobre la tabla de paro o en el suelo con hiperextensión de la cabeza.
- ❖ Despeje las vías respiratorias, manteniéndolas permeables.
- ❖ Si en ese momento ya llegó el equipo médico de reanimación, siga las indicaciones que determine el médico responsable del grupo.
- ❖ Si no ha llegado el equipo de reanimación.
- ❖ Coloque una mano sobre la mitad inferior izquierda del cuerpo del esternón y sobre ella apoye la otra mano y ejerza presión rítmica y suficiente para mover el esternón y arcos costales hacia la columna vertebral.
- ❖ Canalice una vena para la aplicación de soluciones y medicamentos.
- ❖ Actúe en coordinación con el equipo de reanimación, siguiendo, las indicaciones del responsable del grupo y éste atenta en cuanto a :
- ❖ La aplicación de medicamentos.
- ❖ La toma de signos vitales.
- ❖ Proporcionar al grupo los instrumentos y material solicitado.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Los servicios médicos de urgencias y atención hospitalaria deben contar con el equipo médico de atención de paro, así como el material necesario para la atención de esta urgencia médica.
- ★ El personal de enfermería debe estar perfectamente capacitado para invertir con prontitud y en coordinación con el equipo médico de animación.
- ★ Deberá tenerse especial cuidado en el manejo de los pacientes traumatizados por existir el riesgo de ocasionar lesiones de la médula espinal.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

AISLAMIENTO

CONCEPTO

Son las medidas que se realizan para prevenir la diseminación de microorganismos entre enfermos, personal, y visitantes del hospital existen diferentes tipos de aislamiento.

Aislamiento estricto:

Tiene como objetivo prevenir la transmisión de infecciones muy contagiosas o virulentas que pueden propagarse por gotitas y contacto directo.

Aislamiento contra contacto:

Tiene como objetivo prevenir la transmisión de infecciones muy transmisibles o de importancia epidemiológica.

Aislamiento respiratorio:

Tiene como objetivo prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas sobre todo a cortas distancias y a través del aire (transmisión por gotitas).

OBJETIVOS

- a) Prevenir la diseminación de microorganismos infecciosos.
- b) Fomentar la comprensión del proceso infeccioso al procurar métodos racionales.
- c) Para contener el microbio, usando conocimientos sobre los mecanismos de transmisión de enfermedades.
- d) Procurar la recuperación del paciente infectado o colonizado.

PRINCIPIOS

- a) La inmunidad es una reacción normal y de adaptación.
- b) La resistencia a microorganismos patógenos varía mucho de un paciente a otro.
- c) Los microorganismos se transmiten por:
contacto directo, indirecto, por gotitas, por vehículos, por aire y por vectores.

MATERIAL

Aislamiento estricto:

Cuarto aislado.
Equipo individual de termometría.
Equipo para baño.
Artículos personales del paciente.
Perchero.
Bata.
Guantes.
Cubre bocas.
Letrero de aislamiento.
Tánico con bolsa desechable.
Bote de basura.
Tela adhesiva para rotular las bolsas.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Aislamiento contra contacto:

Cuarto privado.

Bata.

Cubre bocas.

Guantes desechables.

Aislamiento respiratorio:

Cuarto privado.

Cubre bocas.

PROCEDIMIENTO

Aislamiento estricto:

- ❖ Se coloca al paciente en este cuarto el cual podrá compartir con otro paciente que tenga el mismo diagnóstico.
- ❖ Prepare el equipo y material que va a utilizar durante el turno y llévelo a la unidad del paciente.
- ❖ Lávese las manos.
- ❖ Tome la bata por el cuello dirija las mangas hacia arriba deslizando los brazos dentro, y arregle los puños con el antebrazo.
- ❖ Anude las cintas del cuello, tome los borde posteriores cruzándolos y sosténgalos con una mano, con la otra tome el extremo del cinturón y llévelo a los bordes unidos, tome el otro extremo y anúdelo.
- ❖ Colocarse el cubre bocas y los guantes.
- ❖ Efectué las actividades programadas.
- ❖ Lleve el instrumental y el equipo utilizado en la realización de los procedimientos y colóquelos en el lebrillo con solución germicida aproximadamente 30 minutos.
- ❖ Para retirarse la bata desanude las cintas de la cintura, átelas al frente haciendo un moño sencillo.
- ❖ Lávese las manos y desate las cintas del cuello.
- ❖ Introduzca 4 dedos de la mano derecha por la cara interna del puño de la mano izquierda, jale hacia delante hasta la mitad protegiendo la mano izquierda, desliza el puño de la mano derecha, saque las manos sosteniendo la bata por el cuello.
- ❖ Una hombro con hombro por la parte interna y colóquela en el gancho o tripié observando que el moño este hacia el paciente.
- ❖ Retírese los guantes el cubre bocas y deséchelos en el cesto de la basura.
- ❖ Lávese las manos.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ La bata debe cubrir totalmente el uniforme.
- ★ Deposite la ropa sucia en bolsa de plástico, séllela y rotule "contaminado".
- ★ Coloque un letrero de "aislamiento" de acuerdo al tipo que se trate y en lugar visible.
- ★ Introduzca solo artículos mínimos necesarios.
- ★ No regrese objetos o material que haya estado en el cubículo de aislamiento, al las áreas del servicio, hasta no haber hecho la desinfección del mismo.
- ★ Cambie la bata cada turno o cada vez que se contamine.

CUIDADOS AL PACIENTE EN ESTADO AGÓNICO

CONCEPTO

Es la intervención por el personal de enfermería que proporciona al paciente que se encuentra perdiendo todas sus funciones vitales, y entra en una falla orgánica múltiple irreversible así mismo los cuidados y consideraciones hacia la familia del paciente.

OBJETIVOS

- a) Aliviar el dolor y la aflicción.
 - b) Brindar apoyo y comprensión a la familia.
 - c) Mostrar una actitud ética y humana en la atención del paciente.
 - d) Comprender al paciente, cuando se encuentre en la última fase de duelo:
- Aceptación: el paciente acepta la muerte como un hecho inevitable

PRINCIPIOS

- a) El debilitamiento progresivo de las funciones vitales provoca el estado de agonía del paciente.
- b) El paciente que se acerca de la muerte debe seguir recibiendo los cuidados personales sistemáticos de acuerdo al padecimiento.
- c) Si el personal se muestra tranquilo el paciente erradicará algunos temores y se suaviza el trance.

MATERIAL

Según los procedimientos de enfermería indicados para el tratamiento establecido.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Aislar al paciente y proporcionarle la mayor comodidad.
- ❖ Mantener vigilancia estrecha y constante.
- ❖ Cumplir con las indicaciones médicas.
- ❖ Mantener húmedas las mucosas (oral, nasal, conjuntivas).
- ❖ Dar cambios frecuentes de posición.
- ❖ Mantener vías aéreas permeables.
- ❖ Vigilar relajación de esfínteres.
- ❖ Atender necesidades espirituales.
- ❖ Informar al equipo de salud del estado general del paciente.
- ❖ Dejar al paciente en una posición cómoda.
- ❖ Realizar las anotaciones en la hoja de enfermería correspondiente.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Lavarse las manos siempre que tenga contacto con el paciente.
- ★ Evitar accidentes al paciente.
- ★ Evitar manifestaciones de *incomprensión*.
- ★ Respetar la necesidad de sostén espiritual, de acuerdo a las creencias religiosas del paciente y sus familiares.

AMORTAJAMIENTO

CONCEPTO

Es el conjunto de acciones que proporciona el personal de enfermería con dignidad y respeto al cuerpo de un paciente con deceso de los signos vitales.

OBJETIVOS

- a) Preparar el cadáver para su inhumación.
- b) Evitar la salida de líquidos y gases en descomposición.
- c) Evitar la deformidad de los rasgos fisonómicos.
- d) Enviar el cadáver a patología limpio y protegido.

PRINCIPIOS

- a) La pérdida del tono muscular hace que el cadáver mantenga la posición en la cama es necesario el uso de apoyos o ayuda.
- b) La cabeza ligeramente elevada evita la salida de sangre impidiendo así que la sangre se acumule en la cabeza y nos produzca rubor post-mortem.
- c) El tejido muscular se le nota rígido inminentemente después de la muerte.
- d) La relajación de los esfínteres permite la salida de secreciones por los orificios naturales.

MATERIAL

2 Sábanas.
Equipo de aseo.
Botas.
Guantes y cubre bocas.
Pinzas.
Algodón.
Vendas.
Apósitos.
Gasas.
Cinta adhesiva.
Bata.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Ponerse la bata.
- ❖ Calzarse los guantes y ponerse cubre bocas.
- ❖ Conservar la posición de decúbito supino en el cadáver para evitar deformación de la cara o del cuerpo.
- ❖ Lavar el cuerpo en su totalidad.
- ❖ Bajar los párpados y colocar una gasa húmeda para mantener los ojos cerrados.
- ❖ Colocar las prótesis dentarias si existen y cerrar la boca sosteniéndola con un vendaje o una toalla debajo del maxilar.

- ❖ Peinar el cabello para mejorar su aspecto físico.
- ❖ Permitir la entrada a la unidad clínica a los familiares, después del deceso si así lo desean.
- ❖ Regresar las pertenencias de valor a los familiares previa elaboración de una relación de estas, en la libreta correspondiente.
- ❖ Pedir a los familiares que esperen el certificado de defunción este documento es de vital importancia ya que es un registro legal indispensable para poder inhumar al cadáver o bien para llevar acabo alguna investigación médico-legal.
- ❖ Taponar todos los orificios (boca, fosas nasales, ano) con algodón, ayudándonos con unas pinzas.
- ❖ Quitar todos los catéteres, drenajes (si los tuviere), aspirando una ligera presión con las yemas de los dedos, si no permanecen cerrados se colocará un algodón impregnado en alcohol y se mantendrá unos minutos.
- ❖ Atar los pies por los tobillos y las manos por las muñecas, dejando éstas por encima del pecho.
- ❖ Identificar el cadáver mediante etiquetas con tela adhesiva anotando los datos relativos a: nombre, fecha y hora del deceso, cédula, numero de cama y servicio.
- ❖ Amortajar al cadáver en caso necesario, o bien, enviarlo al servicio de anatomopatológica, cubierto con una sábana y protegerlo de caldas.

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- ★ Realizar la técnica de la forma más aislada posible, prestando atención a los demás pacientes, para evitar intranquilidades.
- ★ Mostrar una actitud de respeto durante la realización del procedimiento.
- ★ Enviar el cadáver a patología debidamente identificado.
- ★ Cubrir los requisitos legales con rapidez y exactitud.