

00921  
5



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

## ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE :  
**LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**  
P R E S E N T A :  
**AGUILAR LUNAR NOCHITL ELVIRA**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIRECTORA ACADÉMICA:  
LIC. ENF. MARTHA CELIA BERNAL BECERRIL



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES



MEXICO, D.F.

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.

## AGRADECIMIENTOS:

A DIOS. Primero por darme la vida y la bendición más hermosa que es el ser parte de la mejor familia del universo.

A MI PADRE. Por darme siempre y en todo momento su apoyo incondicionalmente a pesar de las adversidades que juntos pasamos desde el inicio de este gran sueño que me enseñó a forjar, papi, no se como darte las gracias, te quiero mucho.

A MI MADRE. Por ser siempre mi mejor amiga, porque siempre tuvo y tiene un consejo para poder seguir adelante alentándome no solo a mí sino también a mis hermanos y a mi padre, mami, mil gracias por estar conmigo siempre.

A MI HERMANO OMAR. Por apoyarme siempre que lo necesitaba y nunca dejarme sola en las situaciones difíciles que se presentaron, muchas gracias.

A MI HERMANO CARLOS. Por estar conmigo en las buenas y en las malas y ser un gran confidente y amigo incondicional, muchas gracias.

Gracias a ti por estar conmigo siempre que te necesitaba, por tu apoyo brindado incondicionalmente, por estar conmigo en los momentos más importantes de mi vida, por dejarme ser parte de tu vida y sobre todo gracias por enseñarme lo que es amar y sentirse amada. Jesús, mil gracias.

A MIS AMIGOS. Por estar conmigo siempre siendo un apoyo incondicional en las buenas y en las malas, gracias. Don Alfonso (q.e.p.d.), Lucy, Lupita, José Luis, pero sobre todo mil gracias a mi mejor amiga, Tonnie, que siempre me ha enseñado la vida como es realmente y nunca me dejó sola en situaciones difíciles. Mil gracias a todos por confiar en mí.

A TODA MI FAMILIA. Tanto de parte de mi padre como de mi madre, muchas gracias por confiar en mí.

A MIS PROFESORES. Por apoyarme desde el inicio de la realización de este gran sueño que ahora veo cumplido, gracias por enseñarme que el saber no solo es aprender sino también enseñar y por haberme dejado aprender de ustedes.

ANEXO 1.1. GRACIAS  
UNAM a Silveira (Quem) (1998) p. 10  
contenido de un libro de la biblioteca  
NOMBRE: Ag. Kar. Lunar Xochitl  
EUNIA  
FECHA: 21 Octubre 2003  
ESMA

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INDICE

Justificación.....	1
Objetivos.....	2
Misión.....	3
Visión.....	3
Políticas.....	3
Bases legales.....	4
Morbilidad del servicio de Cirugía General.....	5
<b>1 - ORIGENACION.....</b>	<b>7</b>
Cánula nasal.....	8
Mascarilla facial.....	11
Drenaje postural.....	17
Percusión.....	24
Aspiración de secreciones.....	26
Aspiración de secreciones orotraqueal.....	28
Aspiración de secreciones nasotraqueal.....	29
Aspiración de secreciones por traqueotomía.....	31
<b>2 - CIRCULACION.....</b>	<b>33</b>
Presión venosa central.....	34
Instalación de catéter central periférico.....	38
Instalación de catéter periférico.....	42
Reanimación cardiopulmonar.....	45
Monitorización cardiaca.....	52
<b>3 - NUTRICION.....</b>	<b>56</b>
Alimentación oral.....	57
Alimentación enteral.....	61
Alimentación por gastro y yeyunostomía.....	65
nutrición parenteral.....	68
<b>4 - ELIMINACION.....</b>	<b>72</b>
Sonda vesical femenino y masculino.....	73
Sondaje vesical permanente, femenino.....	75
Sondaje vesical permanente, masculino.....	78
Sondaje vesical intermitente, femenino.....	81
Sondaje vesical intermitente, masculino.....	81
Tema evacuante.....	82
Pleurovacío.....	88
Ostomías.....	91

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

5.-CUIDADOS PRE Y POST OPERATORIOS.....	96
cuidados preoperatorios.....	97
cuidados post operatorios.....	102
6.-DESCANSO Y SUEÑO.....	108
Tendido de cama desocupada.....	110
Tendido de cama ocupada.....	112
Tendido de cama quirúrgica.....	116
7.-PRECAUCIONES ESTANDAR.....	121
Lavado de manos.....	122
Mascarilla.....	124
Uso de bata y guantes.....	127
Aislamiento.....	128
Cuidación de heridas.....	132
8.-PREVENCIÓN DE PELIGROS.....	138
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.....	138
Oral.....	139
Entera.....	142
Inhalatoria.....	145
Oftálmica.....	149
Parenteral.....	153
Intramuscular.....	159
Subcutánea.....	162
9.-HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.....	167
Baño corporal total.....	168
Baño corporal parcial.....	174
Anexo: Signos vitales.....	177
Asistencia de enfermería en la aplicación de vendajes.....	195
Farmacología básica.....	203
Glosario.....	213
Apéndice.....	216
Bibliografía.....	217

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## JUSTIFICACION.

La realización del siguiente manual tiene como finalidad presentar en forma clara y precisa los procedimientos específicos y generales que el personal de enfermería del servicio de Cirugía General del Hospital General DR. Manuel Gea González brinda a los pacientes en su mayoría post operados.

Deberá tomarse en cuenta que los procedimientos contenidos en este manual se sustentan en bases científicas que justifican la atención de los pacientes que en su mayoría presentan una exacerbación de alguna enfermedad crónica degenerativa y que hace que el personal de enfermería domine los procedimientos específicos en el área para poder satisfacer las necesidades del paciente.

Es por eso que en cada apartado se incluirán en forma ordenada los pasos de cada uno de los procedimientos, que son : título, concepto, material y equipo, y, pasos actividades de enfermería.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL.

Contar con una base que facilite el desarrollo de las actividades, técnicas y funciones específicas de enfermería en el servicio de Cirugía General del Hospital General DR. Manuel Gea González para poder brindar cuidados de calidad y calidez.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Contar con un manual dentro del servicio que sirva como instrumento de consulta para el personal del servicio, así como para estudiantes y pasantes de enfermería en todos sus niveles.
- Unificar criterios para la realización de procedimientos específicos del servicio de Cirugía General.
- Contar con este manual como material didáctico y de apoyo para el personal de enfermería.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## MISIÓN

El departamento de Enfermería del servicio de cirugía general es un organismo que brinda atención de enfermería de calidad, así mismo prepara recursos humanos profesionales e impulsa la enseñanza y el desarrollo de la investigación científica.

## VISION

Consolidar un servicio que reditúe en satisfacción del paciente y personal institucional.

Ser y dar el mejor servicio con calidad y calidez con personal profesional altamente calificado.

## POLÍTICAS

- Presentar atención de calidad en el servicio de la salud, particularmente de atención médica en aspectos preventivos, curativos y de rehabilitación en las especialidades básicas de la medicina y en aquellas complementarias y de apoyo que determinan su estado orgánico.
- Realizar estudios de investigación clínica y experimentales en las especialidades básicas en medicina en apego a la Ley General de Salud y demás disposiciones aplicables.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## BASES LEGALES

De acuerdo a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y por lo establecido por los artículos cuarto, se establece que toda persona tiene derecho a la salud. Por su parte la Ley General de la salud establece lo siguiente:

Titulo IV. Capitulo 2. articulo 84. Servicio Social de Pasantes.

Todos los pasantes del Servicio Social de las profesiones para la salud y sus ramas, deberán prestar el servicio social en los términos de las disposiciones legales aplicables en materia educativa y de las de esta Ley.

Titulo XIV. Capitulo 3. articulo 336. Cadáveres.

Los cadáveres no pueden ser objeto de propiedad y siempre serán tratados con respeto y consideración.

Capitulo 6.

Disposición para la prestación de Servicio Social.

Articulo 69.

Se entiende por hospital todo establecimiento público, social o privado cualquiera que sea su denominación y que tenga como finalidad la atención de enfermos que se internen para su diagnostico, tratamiento o rehabilitación.

Articulo 70.

De acuerdo a su grado de establecimiento de segundo o tercer nivel para la atención de los pacientes en las cuatro especialidades básicas de la medicina:

- Cirugía General
- Medicina Interna.
- Gineco - obstetricia.
- Pediatría

Y otras especialidades complementarias y de apoyo derivadas de las mismas, que prestan servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de las disposición de organos, tejidos y cadáveres de los seres humanos.

Articulo 54.

Las transfusiones deberán efectuarse previa tipificación del receptor de los grupos A, B, O y RH con la realización de las pruebas de compatibilidad respectivas, la transfusión deberá llevarse a cabo por el personal médico y / o de enfermería. Las transfusiones de sangre solo se realizarán con propósitos terapéuticos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## MORBILIDAD HOSPITALARIA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL.

1. trastornos de vesícula biliar y vías biliares
2. Hernias
3. Enfermedades del apéndice
4. Enfermedades del páncreas
5. Tumores benignos y malignos.
6. Abscesos, perforaciones y fistulas del intestino.
7. Enfermedades del esófago, estomago y duodeno.
8. Fisura y fistula de la región anal y rectal.
9. Ileo paralítico y obstrucción intestinal sin hernia.
10. Hemorroides
11. Trastornos de la glándula tiroides.
12. Infección de la piel y tejido subcutáneo
13. absceso de la región anal y rectal
14. Otras infecciones del ano.
15. Enfermedades del peritoneo.
16. Hemorragia del tubo digestivo.
17. Ciertas complicaciones inmediatas de los traumatismos.
18. Ictericia
19. Trastornos de órganos internos
20. Trastornos no inflamatorios del ovario, de la trompa de Falopio y del ligamento ancho.
21. Verrugas.
22. Enfermedad diverticular del intestino.
23. Trastornos vasculares del intestino.
24. Enfermedad del hígado.
25. Enfermedad de la mama.
26. Traumatismo de hombros y brazos.
27. Traumatismos de regiones no específicas del cuerpo.
28. Septicemia.
29. Amibiasis.
30. Diabetes.
31. Enfermedad isquemica del corazón.
32. Varices gástricas.
33. Otras enfermedades de la piel y tejido subcutáneo.
34. traumatismos del tórax.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Para poder brindar un cuidado a los paciente en el servicio de Cirugia General del Hospital General Dr. Manuel Gea González se cuenta con el siguiente personal:

	PERSONAL PROFESIONAL	PERSONAL NO PROFESIONAL
TURNO MATUTINO	9	3
TURNO VESPERTINO	8	2
TURNO NOCTURNO "A"	8	1
TURNO NOCTURNO "B"	8	1

JEFE PISO	ENFERMERA ESPECIALISTA		ENFERMERA GENERAL	
	M	V	M	V
	1	1	6	5

AUXILIAR DE ENFERMERIA	M	V
	2	2

NOCTURNO	ESPECIALISTA	GENERAL	AUXILIAR
"A"	1	5	1
"B"	0	6	1

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## 1. OXIGENACIÓN

ES LA ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO SUPLEMENTARIO A UN PACIENTE PARA EVITAR O DISMINUIR LA HIPOXIA, SITUACIÓN EN LA QUE LA CANTIDAD DE OXÍGENO ES INSUFICIENTE PARA LAS DEMANDAS METABÓLICAS. ES NECESARIA EN DIVERSAS ENFERMEDADES PARA CORREGIR UN INTERCAMBIO GASEOSO ALTERADO Y LA HIPOXIA RESULTANTE UN EJEMPLO DE ESTAS ENFERMEDADES ES UN PACIENTE CON NEUMONÍA.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CANULA NASAL.

Definición: Es el dispositivo de uso más frecuente para la oxigenoterapia, es de fácil aplicación y no obtaculiza la capacidad de la persona para hablar o comer. Aporta concentraciones de oxígeno bajas de 23 a 44 % con velocidad de flujo de 1 a 6 litros por minuto. Cuando se excede de 6 litros por minuto hay tendencia de que el paciente deglute aire e irrite la mucosa nasal o faríngea.

### OBJETIVOS.

- Proporcionar oxígeno para tratar la hipóxemia.
- Evitar sufrimiento tisular.
- Disminuir el trabajo respiratorio.
- Disminuir el trabajo miocárdico.

### OBJETIVOS DE ENFERMERIA.

- Aumentar la capacidad vital al forzar gases bajo presión en los pulmones en una situación controlada



cánula nasal

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## PREPARACIÓN

### • DE LA ENFERMERA

Lávese las manos con lavado de manos higiénico.

### • DEL MATERIAL

Cánula nasal

Fuente de oxígeno

Pañuelos de papel

### • DEL PACIENTE

Informar al paciente de la técnica que va a realizar.

Pida al paciente que limpie las secreciones del interior de los orificios nasales con pañuelos de papel.

Posición: semi-fowler si es posible.

## EJECUCIÓN.

1. Averigüe el estado de conciencia del paciente.
2. valorar signos vitales.
3. valorar los niveles normales gasométricos.
4. revisar indicación médica.
5. introduzca las puntas nasales en las fosas y compruebe que se adaptan al contorno de la cavidad.
6. pase los tubos de la cánula por encima de las orejas del paciente y ajústela con el pasador por debajo de la barbilla.
7. conecte el extremo distal de la cánula a la fuente de oxígeno.
8. administre el flujo de oxígeno prescrito.

## FUNDAMENTACIÓN.

Disminuye la transmisión de microorganismos.

Explique al paciente que el oxígeno no es riesgoso si se acatan las medidas de seguridad y que disminuye disneas

Esta posición facilita la expansión torácica y por lo tanto las respiraciones. los signos vitales tienden a normalizarse al mejorar la hipoxemia.

Proporciona un dato basal para valorar la efectividad de la terapia.

Indica la concentración de oxígeno y el método de administración.

Los dientes deben permanecer en el interior de cada fosa nasal, de manera que el oxígeno vaya dirigido hacia la zona posterior de la vía nasal.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### POST EJECUCION

Deje al paciente cómodo y proporciónele bienestar.

Eduque el paciente y a la familia en lo referente a :

- no fumar ni utilizar mechero o cerilla cerca de la fuente de oxígeno.
- La importancia de una buena colocación de la cánula
- Retirar momentáneamente la cánula para limpiarse las fosas nasales.

Registrar en la historia del paciente:

- técnica ejecutada, día y hora.
- Flujo de oxígeno suministrado.
- Respuesta del paciente

### COMPLICACIONES

- Deterioro de la integridad tisular y del intercambio gaseoso
- infección.
- Deterioro de la integridad cutánea

### CONSIDERACIONES ESPECIALES.

- o Valorar periódicamente el patrón respiratorio y el color de la piel y mucosas.
- o Puede ser necesaria la humidificación del aire inspirado para disminuir las molestias debidas a la sequedad de la mucosa nasal producida por el oxígeno puro.
- o Es preciso controlar regularmente la posición y el ajuste de la cánula nasal, ya que puede soltarse fácilmente.
- o Mantener los dientes de la cánula limpios de secreciones realizando un plan de limpieza regular con agua y jabón, secar completamente antes de volver a usarla.
- o Controlar periódicamente las zonas superiores de los pabellones auriculares donde se apoya la cánula, protegerlas si es necesario.
- o Vigilar los flujos superiores a 6 litros por minuto ya que producen molestias importantes.
- o Valorar periódicamente las fosas nasales para descartar irritación y si es necesario aplicar lubricante hidrosoluble.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## MASCARILLA FACIAL.

Definición: Se usan para la inhalación de oxígeno, algunas con orificios a los lados que permite la salida de dióxido de carbono, es el medio de administración de oxígeno cuando se requieren de concentraciones muy altas de oxígeno o cuando el enfermo respira por la boca.

## OBJETIVOS.

- Ayudar en la oxigenación del organismo del enfermo por medio de una fuente adecuada de oxígeno puro.

## OBJETIVOS DE ENFERMERIA.

- Apoyar al enfermo en condiciones críticas en el mantenimiento de las funciones vitales básicas de respiración hasta que sea físicamente capaz de respirar sin ayuda

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## PREPARACIÓN.

- DE LA ENFERMERA.

Lávase las manos con lavado de manos higiénico.

- DEL MATERIAL.

Mascarilla elegida:

- a) mascarilla simple
- b) mascarilla con reservorio.
- c) mascarilla al 100 %
- d) mascarilla de venturi.

- el sistema venturi aplica el principio físico de Bernoulli que indica que un flujo gaseoso a alta velocidad por un conducto estrecho produce una presión subatmosférica lateral a la salida del conducto que facilita la entrada de aire atmosférico a dicho conducto

## FUNDAMENTACION.

Disminuye la transmisión de microorganismos.

Proporciona concentraciones entre el 40 y 60 % con ventilaciones espontáneas adecuadas.

Similar a la mascarilla facial simple con adición de una bolsa reservorio que permite que el paciente inhale aire oxigenado 50 y 80 %.

Proporciona concentraciones de oxígeno entre el 85 y 100 % con ventilaciones adecuadas espontáneas. Similar a la mascarilla facial con reservorio añadiendo dos características: existencia de una válvula unidireccional entre la mascarilla y la bolsa Reservorio unidireccionales en las entradas laterales de la mascarilla que permite que el gas salga durante la espiración y evita que entre durante la inspiración.

Es una mascarilla con unos adaptadores codificados con colores (diluyentes de oxígeno) para las diferentes concentraciones de oxígeno, proporciona concentraciones entre el 24 y 50 % con ventilaciones espontáneas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

• DEL PACIENTE.

Informar al paciente de la técnica que se le va a realizar.

Reduce la ansiedad y facilita su colaboración.

Posición: semi - fowler si es posible ya que facilita la expansión torácica.

EJECUCIÓN.

a) MASCARILLA SIMPLE.

Conecte la mascarilla a la toma de oxígeno.

Seleccione el flujo de oxígeno prescrito.

Sitúe la mascarilla sobre la nariz, boca y mentón.

Adapte la banda metálica sobre el tabique nasal, ajuste la mascarilla al contorno facial del paciente.

Fije la banda elástica alrededor de la cabeza del paciente.

Evita fugas de oxígeno hacia los ojos y las mejillas.

La fijación de la mascarilla no debe ocasionar molestias.



mascarilla simple

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

#### b) MASCARILLA CON RESERVORIO.

Conecte la mascarilla a la toma de oxígeno.

Seleccione el flujo de oxígeno prescrito.  
Espere a que el reservorio se llene completamente de aire.

Sitúe la mascarilla sobre nariz, boca y mentón.

Adapte la banda metálica sobre el tabique nasal, ajuste la mascarilla al contorno facial del paciente.

Fije la banda elástica alrededor de la cabeza del paciente.

Compruebe periódicamente que la bolsa reservorio esta completamente hinchada.

#### c) MASCARILLA 100 %

Conecte la mascarilla a la toma de oxígeno

Seleccione el flujo de oxígeno prescrito.  
Sitúe la mascarilla sobre la nariz, boca y mentón.

Adapte la banda metálica al contorno facial del paciente.

Fije la banda elástica alrededor de la cabeza del paciente.

Fije la banda elástica alrededor de la cabeza

Compruebe periódicamente que la bolsa reservorio este completamente hinchada y que las válvulas laterales se cierran con la inspiración.

Evita fugas de oxígeno hacia los ojos y las mejillas.

La fijación de la mascarilla no debe producir presiones ni molestias.



mascarilla con reservorio.

Evita fugas de oxígeno hacia los ojos y las mejillas.

La fijación de la mascarilla no debe producir presiones ni molestias.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

d) MASCARILLA VENTURI.

Conecte el adaptador con el color seleccionado para administrar la concentración de oxígeno prescrita.

Seleccione la concentración de oxígeno con la flecha dirigida al porcentaje deseado en el adaptador, deslice firmemente el anillo de bloqueo sobre el adaptador.

Conecte la mascarilla a la toma de oxígeno.

Seleccione el flujo de oxígeno prescrito.

Situe la mascarilla sobre la nariz, boca y mentón.

Adapte la banda metálica sobre el tabique nasal, ajuste la mascarilla al contorno facial del paciente.

fije la banda elástica alrededor de la cabeza.

El código color verde corresponde a una concentración de entre 24 y 30 % de oxígeno y el código color blanco a 35 y 50 % de oxígeno.

Evita fugas de oxígeno hacia los ojos y las mejillas.

La fijación de la mascarilla no debe producir presión ni molestias.

Mascarilla de Venturi.



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## POST EJECUCIÓN

Deje al paciente cómodo y proporciónale bienestar.

Eduque al familiar y / o paciente en lo referente a :

- no fumar , ni utilizar mecheros o cerillas cerca de la fuente de oxígeno.
- Conocer la importancia de una buena colocación facial de la mascarilla y de mantenerla bien colocada durante la oxigenoterapia.
- Colocar la cabeza de modo que la bolsa reservorio no se doble.

Registrar en la historia del paciente:

- Técnica ejecutada, día y hora
- Flujo de oxígeno administrado
- Problemas presentados u observados.
- Respuesta del paciente
- Firme.

## COMPLICACIONES

- Ansiedad
- Patrón respiratorio ineficaz
- Deterioro del intercambio gaseoso
- Deterioro de la integridad cutánea
- Deterioro de la integridad tisular

## CONSIDERACIONES ESPECIALES.

- o Valorar periódicamente el patrón respiratorio y el color de la piel y las mucosas.
- o Puede ser necesario la humidificación del aire inspirado par reducir molestias debido a la sequedad de las mucosas.
- o Es preciso controlar periódicamente la posición de la mascarilla y su ajuste.
- o Establecer el plan de limpieza de la mascarilla con agua y jabón y secar completamente antes de utilizarla.
- o Controlar periódicamente las zonas superiores de los pabellones auriculares y si es preciso protegerlas.
- o Establecer un plan de cuidado para ojos, nariz y boca.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## DRENAJE POSTURAL.

Definición: Procedimiento en que por acción de la gravedad favorece la salida de secreciones bronco pulmonares a través de la tráquea expulsada por tos.

### OBJETIVOS.

- Movilizar la pared torácica.
- Aumentar el ingreso de oxígeno y la eliminación de Dióxido de carbono en la sangre.

### OBJETIVOS DE ENFERMERIA.

- Valorar la función respiratoria antes y después del procedimiento .
- Mitigar la ansiedad del paciente y familiar.

### PREPARACIÓN.

- DE LA ENFERMERA.

Lávase las manos con lavado de manos higiénico.

- DEL MATERIAL.

almohadas  
Cama con posibilidades de adaptar a tren de Lemberg.  
Ropa de cama.  
Pañuelos de papel  
Sistema de succión  
Guantes y bata (opcional)  
Enjuague bucal.  
Fonendoscopio

- DEL PACIENTE

Informa a paciente de la técnica que va a realizar

### FUNDAMENTACION.

Disminuye la transmisión de microorganismos.

Reduce la ansiedad y facilita la colaboración del paciente.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

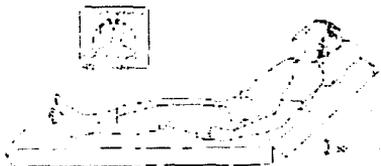
**Posición:** Coloque al paciente en la posición adecuada dependiendo de la zona pulmonar que haya que drenar.

Tápelo convenientemente con ropa de cama.

### EJECUCIÓN.

#### LÓBULOS SUPERIORES.

1. Pida al paciente que se coloque en decúbito supino, ponga una almohada bajo su cabeza y eleve el cabezal formando un ángulo de 30 grados.
2. Valore periódicamente la estabilidad de los signos vitales y presencia de signos de intolerancia.



Esta posición facilita la expansión pulmonar.

Mantiene la intimidad del paciente.

Facilita el drenaje por gravedad de las secreciones localizadas en los segmentos apicales

Un aumento del pulso y de la frecuencia respiratoria y / o la observación de diaforesis, disnea, palidez o fatiga podrían indicar la no tolerancia del paciente a la postura

#### Segmentos posteriores.

1. Pida al paciente que se siente en una silla o en la cama con la cabeza ligeramente flexionada hacia delante.
2. Coloque una almohada sobre sus muslos apoyando los brazos flexionados
3. Valore periódicamente la estabilidad de los signos vitales y los signos de intolerancia.



segmentos posteriores.

Un aumento del pulso y la frecuencia respiratoria y la observación de diaforesis, disnea, palidez o fatiga podrían indicar la no tolerancia a la postura

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### Segmentos Anteriores.

1. Pida al paciente que se coloque en decúbito supino.
2. Coloque una almohada bajo la zona poplitea manteniendo las rodillas ligeramente flexionadas.
3. Valore periódicamente la estabilidad de los signos vitales y la presencia de los signos de intolerancia.

Facilita el drenaje por gravedad de las secreciones localizadas en los segmentos anteriores.

Un aumento del pulso o frecuencia respiratoria y/ o la observación de diaforesis, disnea, palidez y fatiga podrían indicar la no tolerancia a la postura.



segmentos anteriores

### LÓBULO MEDIO DERECHO.

Segmento lateral y medial derecho.

1. Pida al paciente que se coloque en decúbito lateral izquierdo.
2. Coloque una almohada bajo su espalda desde el hombro hasta la cadera con un cuarto de giro.
3. Levante los pies de la cama unos 15 grados o 40 cm.
4. valore periódicamente los signos vitales en busca de signos de intolerancia.

Facilita el drenaje por gravedad de las secreciones localizadas en los segmentos anteriores.

Un aumento del pulso o frecuencia respiratoria y / o la observación de diaforesis, disnea, palidez o fatiga son signos de intolerancia a la postura.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



segmento lateral y medio derecho

### PARTE ANTERIOR DEL LÓBULO SUPERIOR IZQUIERDO (LINGULA\*)

Segmento izquierdo de la lingula.

1. Pida al paciente que se coloque en decúbito lateral derecho.
2. Coloque una almohada bajo su espalda desde el hombro hasta la cadera con un cuarto de giro.
3. Levante los pies de la cama unos 15 grados o 40 cm
4. Valore periódicamente la estabilidad de los signos vitales y la presencia de signos de intolerancia.

facilita el drenaje por gravedad de las secreciones localizadas en la lingula.

Un aumento del pulso y la frecuencia respiratoria y / o la observación de diaforesis, disnea, palidez y fatiga podría indicar la no tolerancia del paciente a la postura.

\*Lingula Expansión desde la porción inferior del lóbulo superior del pulmón izquierdo hasta debajo de la incisura cardiaca



## LÓBULOS INFERIORES.

### Segmento superior.

1. Pida al paciente que se coloque en decúbito prono.
2. Coloque dos almohadas en sus caderas.
3. Valore continuamente los signos vitales y la presencia de signos de intolerancia.

Facilita el drenaje por gravedad de las secreciones acumuladas en el segmento superior.

Un aumento de pulso o de frecuencia respiratoria y / o la observación de diaforesis, disnea, palidez y fatiga podrían indicar la no tolerancia a la postura.



### Segmentos Básales anteriores:

1. Coloque al paciente en decúbito lateral sobre el lado afectado con el brazo sobre la cabeza.
2. Coloque una almohada sobre sus rodillas.
3. Eleve los pies de la cama unos 30 - 45 cm o a la altura tolerada por el paciente. Opcionalmente puede colocarle una almohada en la cabeza.
4. Valore frecuentemente los signos vitales y la frecuencia de signos de intolerancia.

Facilita el drenaje por gravedad de las secreciones acumuladas en los segmentos basales.

Un aumento de pulso o frecuencia respiratoria y / o la presencia de diaforesis, disnea, palidez o fatiga podrían indicar intolerancia a la postura.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### Segmentos basales anteriores



### Segmentos basales Laterales.

1. Coloque al paciente en decúbito lateral sobre el lado sano y en parte sobre el abdomen.
2. Eleve los pies de la cama unos 30 - 45 cm o bien eleve las caderas con dos almohadas entre sus piernas con la pierna superior ligeramente flexionada.
3. Valore periódicamente la estabilidad de los signos vitales y la presencia de signos de intolerancia.

### Segmentos basales laterales



Facilita en drenaje por gravedad de las secreciones acumuladas en los segmentos basales laterales

Un aumento en el pulso o frecuencia respiratoria y / o la observación de diaforesis, disnea, palidez y fatiga podría indicar la intolerancia a la postura.

### Segmentos Basales Posteriores.

1. Pida al paciente que se coloque en decúbito prono.
2. Eleve los pies de la cama unos 45 cm con dos almohadas para obtener la posición carpada desde las rodillas hasta los hombros
3. valore periódicamente la estabilidad de los signos vitales y / o la presencia de signos de intolerancia.

Facilita el drenaje por gravedad de las secreciones acumuladas en los segmentos basales posteriores

Un aumento de pulso o frecuencia respiratoria y / o la observación de diaforesis, disnea, palidez o fatiga podrían indicar la intolerancia a la postura

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



segmentos basales posteriores

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

### POST - EJECUCIÓN.

Deje al paciente cómodo y bríndele bienestar.

Eduque al paciente o familiar a lo referente a :

- Como toser de forma efectiva para expectorar después de la terapéutica respiratoria
- Realizar higiene bucal después de expectorar.

Lávese las manos con lavado de manos higiénico

Registre en la historia de enfermería:

- Técnica ejecutada día y hora.
- Posiciones adoptadas.
- Problemas presentados u observados.
- Cantidad y características de las secreciones.
- Respuesta del paciente.
- Firma.

### COMPLICACIONES

- Alteración del bienestar.
- Aspiración.
- Deterioro del intercambio gaseoso.
- Patrón respiratorio ineficaz.
- Limpieza ineficaz de las vías respiratorias.

### CONSIDERACIONES ESPECIALES

Valorar las características del paciente si va a poder adoptar y mantener las posturas requeridas

Mantener en cada posición durante 15 - 30 minutos según el tiempo prescrito o la tolerancia del paciente

Utilizar solo aquellas posiciones que drenen las zonas afectadas específicas

Evitar realizar en drenaje postural inmediatamente después de las comidas ya que puede disminuir la tolerancia de la posición o producir vomito

Si está indicado, realizar antes del drenaje postural las técnicas de percusión o vibración

Si está prescrito administrar antes del drenaje postural una terapia broncodilatadora y humidificante con aerosoles o nebulizadores

## PERCUSIÓN.

Definición: Es un movimiento que consiste en golpecitos rápidos dados con el borde de la mano y alternativamente con las dos, se puede percudir con los puños o con la punta de los dedos.

### OBJETIVO.

- Ayudar a eliminar y /o movilizar las secreciones del tracto broncopulmonar.

### OBJETIVO DE ENFERMERIA.

- Prevenir la acumulación de secreciones en los pacientes con poca movilidad.

### PREPARACIÓN.

- DE LA ENFERMERA.

Lávase las manos con lavado de manos higiénico.

- DEL MATERIAL

cama o silla.

Pañuelos de papel.

Sistema de succión (opcional).

Enjuague bucal.

Estetoscopio.

Toalla (opcional).

- DEL PACIENTE.

Informe al paciente la técnica a realizar

Posición sedestación decúbito lateral o decúbito prono

### FUNDAMENTACION.

Disminuye la trasmisión de microorganismos.

Disminuye su ansiedad y facilita su colaboración.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## EJECUCIÓN.

1. Cubra la zona que hay que percutir con el pijama del paciente o con una toalla, tápelo convenientemente con la ropa de cama.
2. Solicite al paciente que realice inspiraciones y espiraciones lentas y profundas
3. Colóquese para realizar la percusión: junto ligeramente los dedos de la mano y flexiónelas ligeramente formando una bóveda
4. Realice en esta posición, un movimiento de tamboreo rápido sobre la zona afectada, alternando las dos manos
5. Percuta sobre cada segmento afectado durante dos minutos aproximadamente.

La percusión directa sobre la piel puede producir molestias.

Favorece la relajación del paciente.

La forma de la bóveda facilita el atrapamiento del aire que origina la vibración que se transmite a través de la pared torácica.

El movimiento rápido se consigue con las muñecas relajadas y codos flexionados.

La percusión efectiva genera un sonido hueco y seco.

## POST EJECUCIÓN.

Deje al paciente cómodo y proporciónele bienestar.

Eduque al paciente y familia en lo referente a:

como toser efectivamente para expectorar después de la terapéutica respiratoria

Realizar higiene bucal después de expectorar.

### COMPLICACIONES

- Alteración del bienestar
- Limpieza ineficaz de las vías respiratorias

### CONSIDERACIONES ESPECIALES.

Evitar la percusión sobre las mamas de la mujer, sobre la columna vertebral o sobre niños

Combinar si es necesario la percusión con la vibración y / o drenaje postural.

Si esto presenta, administrar antes de la percusión un terapia broncodilatadora y humidificante con aerosoles o nebulizadores

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ASPIRACIÓN DE SECRECIONES.

Definición: Consiste en extraer con frecuencia mediante un tubo de caucho conectado a un aparato de succión; se extraen secreciones de vías respiratorias superiores. Es una medida indicada siempre que el paciente no puede toser o deglutir, además que haya ruidos respiratorios de burbujeo o gorgojeo indicativo de la acumulación de secreciones.

### OBJETIVO.

- Eliminar las secreciones de las vías respiratorias a través de las cavidades, orotraqueal, nasotraqueal y traqueostomía.
- Mantener las vías respiratorias permeables.
- Prevenir infecciones respiratorias.

### PREPARACIÓN.

- DE LA ENFERMERA.

Lávase las manos con lavado de manos higiénico.

Colocarse guantes no estériles.

- DEL MATERIAL.

sistema de aspiración de pared con tubos conectores y contenedor de recogida.

Suero salino o agua destilada estéril.

Sondas de aspiración estériles.

Pinza sin dientes estériles.

Conector en Y

Gasas

Antiséptico bucal.

### FUNDAMENTACION.

Disminuye la transmisión de microorganismos.

El tamaño y grosor se escogerá según la edad del paciente y la vía de acceso al tracto respiratorio.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tubo orofaríngeo (opcional)  
Boquilla (opcional)  
bolsa de plástico para desechos.  
Toalla o pañuelo de papel.

• DEL PACIENTE.

Informe al paciente sobre la técnica que va a realizar.

Posición: coloque al paciente en la posición adecuada.

• Paciente consciente:

Semifowler con la cabeza  
ladeada para la aspiración  
oro-traqueal:

En pacientes con bajo nivel de conciencia o inconcientes será preciso colocar un tubo orofaríngeo para evitar que muerda la sonda de aspiración o la caída de la lengua

En pacientes conscientes y poco colaboradores será preciso colocar una boquilla para evitar que muerda la sonda de aspiración

EJECUCIÓN

1. Averigüe la edad del paciente.
2. el nivel de conciencia
3. el estado de salud
4. el nivel de conciencia
5. el aspecto y cantidad de mucosidades.

Disminuye la ansiedad y facilita la colaboración.

Facilita la inserción de la sonda y evita la aspiración de las secreciones hacia los pulmones.

Semifowler con hiperextensión cervical para la aspiración nasotraqueal  
Fowler para la aspiración por traqueostomía.

Paciente inconsciente:

Decúbito lateral.

Facilita el drenaje de las secreciones de la faringe y evita la caída de la lengua hacia atrás.

Determina el grosor de la sonda

Nos orienta sobre el grado de participación.

Determina la frecuencia de aspiración.

Permite conocer el tipo y la frecuencia de la aspiración

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

6. El patrón respiratorio.
7. Localización de las secreciones.
8. Una los tubos de aspiración al sistema de aspiración portátil o de pared.
9. Conecte la sonda de aspiración al tubo en Y, y este a su vez al tubo conector del sistema de aspiración.
10. Abra el aspirador y regule el flujo de presión del manómetro.
11. Compruebe el funcionamiento de todo el sistema ocluyendo el orificio que queda libre en el tubo.
12. Coloque la toalla o los pañuelos de papel sobre el tórax del paciente.
- 13 abra el suero salino / agua destilada para la limpieza de la sonda tras la aspiración
- 14 retire el envoltorio protector de la sonda de aspiración y manipule las mismas con las pinzas esteriles.
- 15 sujete la sonda con la mano dominante y con la otra el conector.

#### ASPIRACIÓN OROTRAQUEAL.

16. Lubrique la punta de la sonda con agua o suero salino
17. pida al paciente que saque la lengua, sino pudiera utilice para ello un depresor o boquilla
18. pida al paciente que inspire al mismo tiempo que introduce la sonda de aspiración por la lateral de la glotis.
- 19 mantenga cerrada la aspiración mientras introduce la sonda a la traquea

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

El tubo en Y permite parar la aspiración durante el proceso sin necesidad de tener que pinzar el tubo conector

Una excesiva presión puede provocar lesiones en la mucosa.

Evita que se manche la ropa con la expectoración, es preferible utilizar pañuelos de papel ya que son de un solo uso.

Después de cada aspiración se debe limpiar tanto la sonda como el conector aspirando agua.

Evita que se contamine la sonda traqueobronquial

Facilita la inserción de la sonda

Evita que se lesione la mucosa

20. Ocluya el orificio de succión y aspire de forma intermitente durante 10 o 15 segundos con movimientos rotatorio suaves, a la vez que va retirando la sonda.
21. Deseche la sonda de aspiración en la bolsa de plástico para desechos.
22. Limpie el tubo conector aspirando agua destilada
23. Indique al paciente que tosa y respire profundamente entre cada aspiración (si es capaz)
24. repita los mismos pasos si requiere volver a aspirar
25. Termine el procedimiento aspirando la zona orofaríngea si es necesario aplique una solución antiséptica en la boca

Previene lesiones en la mucosa por aspiraciones prolongadas los movimientos rotatorios aseguran que se alcanzan todos los lugares a aspirar.

Debe utilizarse una sonda nueva en cada aspiración

Elimina el acumulo de secreciones en el tubo

Ayuda a desprender las secreciones hacia las vías respiratorias altas.



Aspiración Nasotraqueal

- 15 Lubrique la punta de la sonda con agua estéril o suero
- 16 Indique al paciente que se suene la nariz

**TRABAJE CON  
FALSA LA ORIGEN**

Limpia las fosas nasales facilitando el paso para la aspiración

17. Inspeccione las fosas nasales y seleccione la mas permeable.

Debe evitarse la fosa nasal que este parcialmente obstruida (desviación del tabique, pólipos, etc.).

18. Indique al paciente que inspire al mismo tiempo que introduce la sonda de aspiración por la narina, deslizándola por el suelo de la cavidad nasal

Facilita la inserción en la traquea, evita los cornetes nasales y evita el reflejo nauseoso.

19. Mantenga cerrada la aspiración mientras introduce la sonda en la traquea

Evita que se lesione la membrana de la mucosa.

20. Indique al paciente que efectúe respiraciones lentas y profundas o tosa suavemente.

Al abrirse la glotis con la tosa, se facilita la inserción de la sonda en la traquea.

21. Ocluya el orificio de succión y aspire de forma intermitente durante 10 o 15 segundos, con movimientos rotatorios suaves, a la vez que va retirando la sonda.

Previene lesiones en la mucosa por aspiración prolongada, los movimientos rotatorios aseguran que se alcanza toda la superficie que hay que aspirar.

22. Deseche la sonda de aspiración en la bolsa de plástico para desechos

En cada aspiración debe utilizarse una sonda nueva para prevenir infecciones

23. limpie el tubo conector aspirando agua destilada

Elimina el acumulo de secreciones en tubo conector.

24. indique al paciente que tosa y respire profundamente entre cada aspiración

Ayuda a expulsar las secreciones hacia las vías respiratorias altas, ante tos prolongada suspender la aspiración.

25. repita los mismos pasos si requiere volver a aspirar.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Traqueostomia.

15. Lubrique la punta de la sonda con agua estéril o suero.
- 16 Indique al paciente que inspire al tiempo que introduce la sonda de aspiración por la cánula de traqueostomia
- 17 Mantenga cerrada la aspiración mientras introduce la sonda en el árbol traqueobronquial
- 18 Introduzca suavemente la sonda hasta encontrar resistencia y retírela entre 1 y 2 cm
- 19 Indique al paciente que efectúe respiraciones lentas y profundas o tosa suavemente
- 20 Ocluya el orificio de succión y aspire de forma intermitente durante 10 o 15 segundos con movimientos rotatorios suaves, a la vez que va retirando la sonda.
- 21 Deseche la sonda de aspiración en la bolsa de plástico para desechos
- 22 Limpie el tubo conector aspirando agua destilada
- 23 Pida al paciente que tosa y respire profundamente entre cada aspiración si es capaz
- 24 Repita los mismos pasos si precisa aspirar varias veces más

Evita que se lesione la membrana de la mucosa

Estimula la tos y evita que la sonda se adhiera a la pared de la mucosa.

Permite que las secreciones puedan desprenderse y expulsarse más fácilmente

Previene lesiones en la mucosa por aspiración prolongada. los movimientos rotatorios aseguran que se alcanza toda la superficie que hay que aspirar.

En cada aspiración debe utilizarse una sonda nueva para prevenir infección.

Elimina el acumulo de secreciones en el tubo conector.

Ayuda a desprender las secreciones hacia las vías respiratorias altas, ante una tos y expectoración productiva hay que suspender la aspiración.



TEES CON  
FALLA DE ORIGEN

## POST -EJECUCION

Independientemente del tipo de aspiración :

Deje al paciente cómodo y proporciónele bienestar.

Eduque al paciente y familiar en lo referente a :

- Comunicar cualquier manifestación de dificultad respiratoria antes, durante y después de la aspiración.)
- La importancia de toser, si le es posible para eliminar las mucosidades y mantener las vías respiratorias permeables.
- Mantener una adecuada hidratación para fluidificar las secreciones.
- Realizar la aspiración en caso necesario.

### COMPLICACIONES.

- Ansiedad / temor
- Dolor
- Lesión
- Hipoxia
- Infección
- Limpieza ineficaz de las vías respiratorias
- Hipotensión
- Disrritmias
- Epistaxis

### CONSIDERACIONES ESPECIALES.

- Valorar la reacción emocional del paciente y hablar con él en caso de que presente o muestre ansiedad o temor por la aspiración.

- No forzar la sonda si nota resistencia al introducirla para no causar dolor o lesiones.

Lubricar siempre la sonda antes de su inserción para evitar dolor y las lesiones

Mantener las normas de asepsia durante la técnica, así como la esterilidad del material para evitar infecciones.

Planificar el cambio de frasco , contenedor y tubos por día

Valorar periódicamente el patrón respiratorio y la coloración de la piel y la mucosas así como el estado mental del paciente para detectar posibles complicaciones cardiopulmonares

Oxigenar previamente al paciente para evitar hipoxia

Verificar si las vías respiratorias quedan libres después de cada aspiración

Controlar el tiempo de cada aspiración de modo que no supere los 10 o 15 segundos dejando entre ellas un intervalo de 20 a 30 segundos el tiempo final a se limitara a 5 minutos para evitar lesiones en la mucosa hipoxia y problemas respiratorios

Mantener las gafas o la canula de oxígeno al realizar la aspiración

No seleccionar la vía nasotraqueal en pacientes con traumatismo facial o craneal ya que podríamos introducir la sonda en cavidad craneana

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 2. CIRCULACIÓN

LOS LIQUIDOS PUEDEN ADMINISTRARSE DIRECTAMENTE A LA CIRCULACIÓN SANGUÍNEA PARA COMPLEMENTAR O SUSTITUIR LIQUIDOS ENTERALES. EL OBJETIVO DE LA ADMINISTRACIÓN IV DE IN LIQUIDO ES CORREGIR O PREVENIR LOS TRASTORNOS HIDROELECTROLITICOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD AGUDA Y EN ESPECIAL A PACIENTES QUE ESTAN EN AYUNO DESPUÉS DE CIRUGÍA. HABITUALMENTE LA INFUSIÓN SUELE INTERRUMPIRSE CUANDO EL PACIENTE REANUDA LA INGESTA ORAL.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## PRESION VENOSA CENTRAL.

Definición. Medición en centímetros de agua de la presión de la vena cava o auricular derecha usando un catéter introducido en la vena subclavia con el fin de determinar el volumen sanguíneo y evaluar la eficacia del mecanismo de bombeo del corazón y valorar el tono vascular.

### Objetivo.

- Medir y valorar la presión en la aurícula derecha.

### Objetivos de Enfermería.

- Detectar alteraciones hemodinámicas.

### PREPARACIÓN.

- DE LA ENFERMERA.

Lávese las manos con lavado de manos higiénico.

- DEL MATERIAL

- soporte de suero.
- Equipo de PVC :  
manómetro de agua,  
equipo infusor de PVC,  
llave de tres vías.
- Solución salina fisiológica.
- Tripie.

- DEL PACIENTE

Informe al paciente de la técnica a realizar

Posición coloque al paciente en la posición adecuada: decúbito supino. Si no tolera la posición, eleve la cabeza máxima 30 grados manteniendo la misma posición en todas las tomas

### FUNDAMENTACION.

Evita la transmisión de microorganismos.

Reduce la ansiedad y facilita su colaboración.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## EJECUCIÓN:

1. Averigüe el acceso venoso.
2. Comprobar si se ha realizado la toma d rayos X.
3. Averigüe el estado del paciente y tratamiento que esta recibiendo.
4. Valore el nivel de conciencia del paciente.
5. Estudie las cifras de PVC en relación al estado del paciente.
6. Evalúe el estado físico del paciente.
7. Averigüe si se ha realizado comprobación mediante rayos X
8. Llene la tubería de la PVC con liquido para expulsar todas las burbujas, gire la llave hacia la posición abierta entre la solución y el paciente pero no conecte el tubo o catéter de este sino hasta haber expulsado todo el aire del mismo.
9. Conserva todas las conexiones estén en buenas preparo la tubería aunque un apósito estén a la piel en el sitio de inserción del cateter.

Para medir la PVC se necesita un catéter central con la punta ubicada en la aurícula derecha.

Radiológicamente se visualiza la localización de la punta del catéter.

Los estados de hipo / hiper volemia , así como el volumen de sangre circulante del corazón influyen en los resultados de la PVC.

Para descubrir que tantas explicaciones se le deben dar al igual que a la familia

Observe los signos vitales, ingresos y egresos, observe si hay edema y ausculte ruidos respiratorios y cardiacos.

Descubra si hay signos o síntomas al igual que antecedentes coronarios de enfermedad pulmonar crónica

Radiológicamente se visualiza la localización de la punta del cateter

El aire en el tubo obtaculiza la medición de la PVC y podría causar embolia gaseosa-

La introducción de germenés patógenos en el sistema vascular puede causar infeccion y émbolos

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

10. Llène el manómetro con solución IV girando la válvula y la posición abierta entre el líquido IV y el manómetro. Permita que el líquido corra hacia el manómetro hasta un nivel por encima de la PVC prevista. No es necesario llenar por completo el manómetro con líquido.
11. Nivele el punto 0 del manómetro con el punto imaginario entre la línea media axilar y el 4to y 5to espacio intercostal del paciente.
12. Marque dicho punto con un rotulador.
13. Cierre la llave manómetro / paciente y abra la llave suero / columna llenandola aproximadamente hasta unos 15 o 20 cm de suero y cierre
14. abra la llave de la columna / paciente observese como desciende el suero en el interior de la columna fluctuando con la respiración
15. lea la medición de la PVC en el momento en que se detenga el nivel de líquido si la columna oscila entre dos cifras lea la mas alta, si la oscilación es mayor o igual a 30 cm agua y coincide con el pulso retire al cateter hasta la oscilación esperada.

Al observar la caída libre de líquido la PVC puede determinarse con mayor exactitud.

Garantiza la localización de la aurícula derecha.

El llenado de la columna debe realizarse hasta un nivel superior de la PVC obtenida en las anteriores o de la normal:

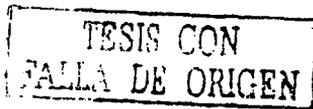
6 - 12 cm agua vena cava  
0 - 4 cm agua aurícula D

En este punto se igualan las presiones de la columna manométrica y aurícula derecha, la cifra mas alta coincide con el final de la fase respiratoria. Indica que la punta del catéter esta ubicada en ventriculo.

#### POST - EJECUCIÓN

Deje al paciente cómodo y proporcíónele bienestar.  
Lávese las manos con lavade de manos higiénico  
Registre en la historia del paciente:

tecnica ejecutada día y hora.  
PVC obtenida en cm de agua.  
problemas presentados u observados  
Respuesta del paciente  
Firme

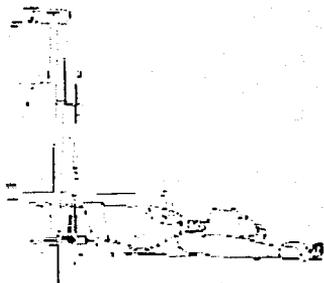


#### COMPLICACIONES

- Sobre carga de líquido.

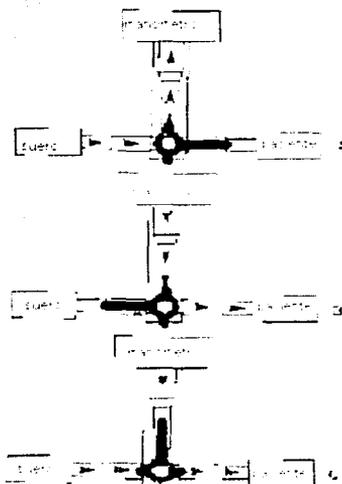
### CONSIDERACIONES ESPECIALES

- o Controlar el líquido que se introduce al paciente a través de la columna de agua y la perfusión continua.
- o Colocar al paciente en la misma posición que en las lecturas previas.
- o Si no puede bajarse al paciente hacia la posición plana para medir PVC póngalo en una posición tan baja como lo tolere.



Posición del paciente para la medición.

Lectura PVC.



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INSTALACIÓN DEL CATETER CENTRAL PERIFÉRICO.

Definición. Aguja de gran calibre con catéter de plástico que se pasa a través del agujero después de la vena punción. La aguja se extrae del sitio de la punción y el catéter de plástico permanece en la vena, sobre la aguja se pone un protector de plástico y se fija a la piel.

### Objetivo.

- Restablecer o conservar el equilibrio de líquidos y electrolitos.

### Objetivo de Enfermería.

- Calmar los temores y aprensiones del paciente y de la familia.
- Prevenir infecciones o complicaciones.

### PREPARACIÓN.

- DE LA ENFERMERA.

Lávese las manos con lavado de manos quirúrgico.

Póngase una mascarilla bata y guantes estériles

- DEL MATERIAL.

bata y guantes estériles.

Campo hendido

Solución antiséptica.

Catéter central

Gasos estériles

Sutura

Tegoderm

Ligadura

- DEL PACIENTE.

Informe al paciente de la técnica a realizar

### FUNDAMENTACION.

Evita la transmisión de microorganismos.

Disminuye la ansiedad y facilita su colaboración

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## EJECUCIÓN.

1. Averigüe la vena de la flexura del codo que hay que seleccionar : basilíca o cefálica.

2. Coloque al paciente en la posición adecuada. decúbite supino con la extremidad encogida ligeramente separada del resto del cuerpo en extensión y rotación externa

3 Coloque un campo o sabana bajo la extremidad

4 Realice el procedimiento con ayuda de una segunda persona

5 Indique a la persona que le ayuda que ate la ligadura a unos 10 o 15 cm sobre el punto de punción

6 Pida a la persona que le ayuda que limpie y desinfecte la zona

7 Coloque un campo húmedo exponiendo solo la zona de la punción

8 Compruebe el buen funcionamiento e integridad del catéter

9 Palpe el trayecto de la vena con los dedos índice y medio de la mano no dominante

10 Sujete firmemente la piel con la mano dominante

11 introduzca la aguja con el bisel hacia arriba formando un ángulo de 45 grados. una vez localizada la vena disminuya ligeramente el ángulo

12 observe la aparición de sangre en el trayecto del catéter

13 pida a la persona que le esta ayudando retirar la ligadura sin tocar el campo estéril

14 pida al paciente que gire la cabeza hacia el lado que se está realizando el procedimiento

La vena basilíca por su forma anatómica facilita el acceso venoso a la vena cava superior, la vena cefálica es más complicada porque forma un ángulo recto con la vena axilar.

Evita se manche la ropa de cama.

Permite mantener la esterilidad

Permite la visualización de la vena la provocar la dilatación de la misma.

Para evitar la contaminación del material estéril.

Permite crear un campo estéril alrededor de la zona a puncionar

No presente obstrucción

Tiene mayor sensibilidad y permite una idea del camino de la vena

Favorece la canalización.

Permite comprobar la canalización venosa

Permite la relajación de la vena y el libre acceso del catéter.

Evita la desviación del catéter hacia la vena yugular

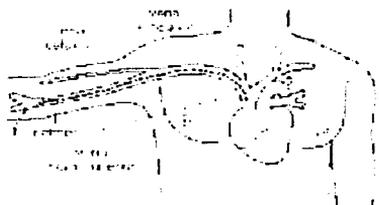
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

15. Separe el brazo del cuerpo hasta dejarlo en línea recta con el hombro.
16. Introduzca el catéter hasta la longitud deseada, si encuentra resistencia no haga fuerza.
17. Retire la guía y una el catéter al sistema que tengo que ir conectado.
18. Retire la aguja, en caso de que el catéter tuviera una aguja que no se puede retirar protéjala con la funda incorporada al sistema.
19. Compruebe la permeabilidad del catéter
20. Fije el catéter a la piel con sutura.
21. Cúbralo con un apósito estéril.
22. anote día y hora sobre el apósito.
- 23 compruebe la situación del catéter mediante rayos X antes de su uso.

Disminuye la curvatura anatómica de la vena que hay al nivel axilar.  
Evita que el catéter pueda producir lesión.

Evita la salida accidental del catéter  
Evita sangrado e infección del catéter.

Permite valorar la revisión del mismo.  
Permite valorar la situación del catéter en la vena cava superior



#### POST - EJECUCIÓN

Deje al paciente cómodo y proporciónale bienestar

Eduque al paciente y / o familia en lo referente a:

- comunicar si la zona de punción sangra
- comunicar cualquier manifestación de dolor, calor, quemazón y /o supuración en la zona de punción o trayecto de la vena

Lávese las manos con lavado de manos higiénico

Registre en el historial del paciente

técnica ejecutada día y hora

Problemas presentados u observados

Respuesta del paciente

Si se han realizado la radiografía de control del catéter.

Firme

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## COMPLICACIONES

- Dolor
- Infección local y / o sistémico.
- Embolia de cuerpo extraño.
- Migración de catéter.
- Arritmias cardiacas

## CONSIDERACIONES ESPECIALES

- Aplicar frío o calor o, si es posible, administrar anestésico tópico, antes de la punción, para evitar dolor producido por esta.
- Seleccionar la vena basilica de preferencia del brazo derecho, ya que el acceso a la vena cava superior es mas directo
- Realizar la maniobra de punción de forma suave, pero firme, ala vez que sujeta correctamente la piel de la zona para disminuir la sensación de dolor
- Mantener la esterilidad durante todo el procedimiento para evitar la infección por contaminación en el lugar de la insercion o la infección sistémica por la introducción de microorganismos en el torrente sanguineo
- Evitar realizar la insercion de la aguja en un ángulo mayor de 45 grados ya que podría provocar rotura de la pared venosa
- Disminuir la curvatura anatómica de la vena a nivel axilar realizando la extension del brazo, esto evita que el catéter lesione la pared de este punto realizando una curva
- No forzar la introducción del catéter en el momento en que aparezca una resistencia, podría romper la pared venosa.
- Durante la introduccion del catéter no retroceder a través de la aguja ya que su bisel podría cortar el catéter provocando una embolia de cuerpo extraño.
- Realizar las maniobras de girar la cabeza y si es preciso indicar a la persona que nos ayuda que haga una ligera presion en la vena yugular de lado de la punción, esto evita que el catéter emigre a la yugular.
- Evitar introducir en exceso el catéter podría provocar arritmias cardiacas por estimulación del miocardio
- Cambiar el aposito del catéter cada 72 horas o cada vez que sea preciso.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INSTALACIÓN DE CATETER PERIFÉRICO.

Definición. Punción de una vena con el propósito de obtener una muestra de sangre o de inyectar una sustancia por vía intra venosa.

Objetivo.

- Realizar una canalización de un vaso venoso con fines diagnósticos o terapéuticos.

Objetivo de Enfermería.

- Reducir al mínimo el traumatismo en el sitio de punción.

PREPARACIÓN.

FUNDAMENTACION.

- DE LA ENFERMERA.

Lávase las manos con lavado de manos higienico

Evita la trasmisión de microorganismos.

Póngase guantes no estériles.

- DEL MATERIAL.

catéter intravenoso.

El calibre del catéter se eligira en función de la vena seleccionada.

algodón

Antiséptico

Ligadura

Campo

Gasas

Telas para fijar catéter

- DEL PACIENTE

Informa al paciente de la técnica a realizarse

Coloca al paciente en la posición adecuada de confort supino o sedestación con la extremidad en extensión sobre una superficie

Disminuye la ansiedad y facilita su colaboración

3  
TÉRMINO  
FALLA DE ORIGEN

## EJECUCIÓN.

1. Seleccione la vena: red venosa dorsal de la mano, cubital media, basilica, cefálica, red venosa dorsal del pie, safena interna.
2. Coloque un campo bajo la extremidad.
3. Ate la ligadura unos 10 o 15 cm sobre el punto de inserción.
4. Realice un masaje ascendente en la zona e indique al paciente que abra y cierre la mano.
5. Limpie y desinfecte la zona.
6. Palpe el trayecto de la vena con los dedos índice y medio de la mano no dominante
7. Fije la piel de la zona con la mano no dominante
8. Inserte la aguja con el bisel hacia arriba formando un ángulo de unos 30 grados.
9. Una vez canalizada la vena retroceda la guía a la vez que introduce el catéter en el interior de la vena.
10. Conecte el catéter al sistema que este prescrito.
11. Ponga una gasa estéril en el punto de inserción.
12. Coloque las telas adhesivas para fijar el catéter.
13. Anote día y hora en el apósito.

Seleccione las venas de las extremidades inferiores solo cuando las de los brazos sean inaccesibles.

Evita que se manche la ropa de cama.  
Permite una visualización de la vena.  
Incrementa la dilatación venosa.

Tienen mayor sensibilidad.

Favorece la canalización.

Si al introducir el catéter nota resistencia retire todo el sistema e inicie de nuevo.

Evita infección del paciente.

Evita la salida accidental del catéter.

Permite planificar las revisiones del mismo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## POST EJECUCIÓN.

Deje al paciente cómodo y proporciónele bienestar.

Eduque al paciente y / o familia en lo referente a :

- comunicar cualquier manifestación de dolor, inflamación, calor, quemazón y / o supuración en la zona de punción o trayecto de la vena.

Lávese las manos con lavado de manos higiénico.

Registre en la historia del paciente:

- técnica ejecutada, día y hora.
- Problemas presentados u observados.
- Respuesta del paciente.
- Firme.

## COMPLICACIONES

- Dolor.
- Temor.
- Infección.
- Flebitis.
- Lesión.
- Deterioro de la movilidad física.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CONSIDERACIONES ESPECIALES

- Introducir la aguja con un movimiento suave, pero firme, para disminuir la sensación de dolor.
- Informar al paciente de lo que va a sentir y el motivo de la técnica, para aliviar sus temores.
- Mantener las normas de higiene y la esterilidad de los materiales para evitar infección.
- No dejar la ligadura más de 5 minutos y cuidar de que al colocarla no se ocluya la arteria, comprobando el pulso por debajo de esta, para evitar una estasis venosa.
- Iniciar la venopunción por el brazo no dominante.
- Evitar las venas situadas en zonas de flexión o articulaciones, ya que ello reducirá el movimiento de las mismas.
- Cambiar el apósito del catéter cada 72 horas o siempre que sea preciso.
- Abordar la vena por un lateral ya que disminuye el riesgo de rotura de pared.

## REANIMACION CARDIO PULMONAR.

Definición. Restablecimiento de la vida o de la conciencia en una persona aparentemente muerta por medio de maniobras como la respiración artificial y el masaje cardiaco externo, para conservar la circulación adecuada hasta iniciarse tratamiento definitivo. Los agentes inotropicos positivos y vaso activos inyectados directamente en el corazón o por vía IV son de gran ayuda para estimular la contracción cardiaca y para aumentar la presión de percusión durante el masaje cardiaco.

### Objetivo.

- Conseguir que el paciente recupere su condición anterior al paro cardiorrespiratorio sin deterioro de otros sistemas.

### Objetivo de Enfermería

- Prevenir anoxia encefálica
- Conservar la ventilación y circulación adecuada.

### PREPARACIÓN.

- DE LA ENFERMERA

- a) avise al equipo reanimador según el código de su centro para que se presenten y acerquen el material necesario
- b) inicie de inmediato las maniobras de RCP
- c) Sitúese a la cabecera del paciente para proporcionar soporte ventilatorio.
- d) Sitúese al lado y de modo perpendicular al paciente para proporcionar soporte circulatorio

- DEL MATERIAL

Carro de reanimación cardio pulmonar.  
Equipos para intubación endotraqueal: tubo endotraqueal de diversos tamaños, mascar maleable lubricante, jeringas de 10 ml, laringoscopio con placas cargadas, juego de palas con bombillas en uso, dispositivo para fijar el tubo endotraqueal, pinzas de Magill

NO ABANDONE AL PACIENTE EN BUSCA DEL PERSONAL O MATERIAL

LAS POSIBILIDADES DE LOGRAR UNA REANIMACION DISMINUYE RAPIDAMENTE CON EL TIEMPO.

Coloque el carro de paro y desfibrilador a un lado del paciente

Tubos orofaríngeos( Mayo / Guedell) de varios tamaños.

Jeringas de 3, 5, 10 y 20 ml.

Agujas IM, EV, SC. Trocar de paracentesis. Equipo para venoclisis: catéteres periférico y central periférico, gasa estériles, antiséptico, smarch, tapones, llaves de tres vías sistemas de perfusión, apositó. Sonda gástrica de varios calibres. Esparadrapo. Guantes desechables. Medicación: suero, bicarbonato, manitol, dextrosa 5%, salino 0.9%, hemoce, isoproterenol, adrenalina, atropina, bretilo.

Lidocaina, procainamida, adenosina, MgSO4 cloruro, calcio, diazepam, midazolam, propofol, clonazepam, etomidato contenedor para agujas.

Estetoscopio. Esfingomanómetro. Tabla rígida. Ambú con mascarilla y conexión de oxígeno. Desfibrilador con bobas. Monitor cardíaco. Electrodo de ECG. Material conductor. Fuente de oxígeno. Fuente de aspiración con manómetro. Sondas de aspiración de diversos calibres.

#### • DEL PACIENTE

Posición. Decúbito supino sobre superficie dura, retire prótesis dentales y cuerpos extraños si los hubiese, aspire las secreciones o el contenido gástrico si fuera necesario.

Aleje al paciente mediante una cortina o permita al compañero abandonar la habitación.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Retire el mobiliario necesario proporcionando amplitud alrededor de la cama del paciente.

#### EJECUCIÓN.

1. Establezca una vía respiratoria permeable inclinando la cabeza hacia atrás y elevando la barbilla. Inserte un tubo orofaríngeo con técnica invertida ( en posición inversa a la trayectoria anatómica sobre la lengua, después se realiza un giro de 180 grados al llegar a la parte posterior de la lengua y se acaba de introducir.
2. si sospecha de lesión cervical, permeabilice una vía fijando la cabeza y subluxando la mandíbula.
3. Adapte la mascarilla facial y ventile manualmente con el ambú con dos insuflaciones iniciales
4. Oxigene al paciente conectando el ambú a la fuente de oxígeno mediante el caudalímetro y conexión específica.
5. continúe con el aporte ventilatorio con una frecuencia de 2 insuflaciones por minuto
6. situe el talón de su mano no dominante sobre el borde inferior del esternón del paciente dos dedos por encima del apéndice xifoideo

Evita la obstrucción de la vía respiratoria por la caída de la lengua hacia atrás. La técnica invertida de tubo orofaríngeo evita lesiones y facilita su inserción.

El completo ajuste de la mascarilla a la boca - nariz aumenta la eficacia de la ventilación.

Se precisa el máximo caudal de oxígeno para favorecer la oxigenación del tejido cerebral.

muchas fracturas se deben a la mala colocación de las manos

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

7. Coloque la otra mano sobre la mano apoyada y manténgalas paralelas y orientadas en dirección opuesta a su cuerpo, solo el talón de su mano debería tocar el tórax en cada compresión.

8. Bloquee sus codos y mantenga los brazos en extensión. Coloque sus hombros en línea recta con sus manos sobre el tórax del paciente.

9. Si no se palpa el pulso del paciente inicie las compresiones torácicas (masaje cardíaco externo).

10. comprima firmemente deprimiendo el esternón entre 3 5 cm si se trata de adultos.

11. realice dos ventilación cada quince compresiones si el paciente no tiene tubo.

12. realice una ventilación cada cinco compresiones. Si el paciente tiene tubo

13 ayude ala intubación endotraqueal si es necesario. Antes de iniciar la intubación compruebe que el balón del tubo endotraqueal se hincha correctamente

14. fije el tubo endotraqueal sin realizar excesiva presión con un sistema de almohadillas



Esto hace que el impulso sea recto y directo..

Para ser efectiva esta maniobra debe ser continua, regular y uniforme

Cuando los reanimadores son dos

Cuando es solo un reanimador.

La interrupción máxima de la ventilación debe ser de 30 segundos para evitar una hipoxia celular. La intubación endotraqueal proporciona una ventilación / oxigenación adecuada, aísla la vía respiratoria de la digestiva, permite aspirar secreciones. Evita lesiones por presión en la comisura bucal y en la lengua

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

15. después de la intubación retire la mascarilla facial y conecte el tubo endotraqueal directamente al ambú.

16. Compruebe continuamente que la ventilación es óptima, observando el ascenso y descenso del tórax. Si el paciente es portador de un tubo endotraqueal ausculte el tórax y el abdomen y visualice la presencia de condensación de la mezcla de gases respiratorios en el tubo.

17. Establezca un acceso venoso en la fosa antecúbital. Utilice un catéter de gran calibre.

18. Administre por vía IV los fármacos y sueros prescritos

19. Evalúe la eficacia de la RCP al cabo del primer minuto de la reanimación y siga evaluando cada cinco minutos. Valore las respiraciones espontáneas y las arterias carótida/ femoral entre cada una de las compresiones. Controle la presión arterial sistólica

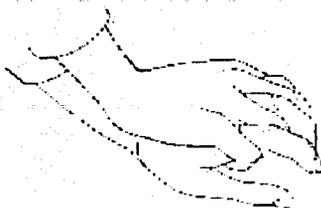
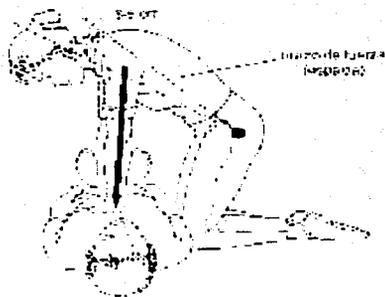
20. finalice la reanimación cardiopulmonar según indicación médica

en esta zona se encuentran las venas de gran calibre

es necesario asignar a una sola enfermera exclusivamente para la administración de medicamentos.

Indica el restablecimiento de la circulación y de la respiración la presión arterial sistólica es eficaz si es menor de 60 mmhg.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



### POST - EJECUCIÓN.

Tape al paciente convenientemente con sabana y manta según la temperatura ambiental.

Lávese las manos con lavado de manos higiénico.

Registre en la historia del paciente:

- técnica ejecutada, día y hora.
- tiempo empleado en la RCP ( inicio / final).
- Estado del paciente antes / después de la RCP
- Tratamiento terapéutico aplicado.
- Medicación empleada.
- Problemas presentados u observados.
- Respuesta del paciente.
- Firme.

### COMPLICACIONES.

- Arritmias
- Limpieza ineficaz de las vías respiratorias.
- Aspiración.
- Traumatismo
- Lesion.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### CONSIDERACIONES ESPECIALES.

- o Organizar de manera rápida, entre los distintos miembros del equipo reanimador los diferentes roles: soporte ventilatorio, circulatorio, administración de medicamentos y cuidados de las vías.
- o Controle el ritmo cardiaco con las palas del desfibrilador con el monitor de cabecera o con el cardiógrafo, en cuanto se pueda.
- o Evitar maniobras ruidosas y violentas, mantener la calma y actuar de manera controlada.
- o La enfermera encargada de la medicación debe llevar un control de toda la administración, para registro posterior.
- o Valorar de manera continua las respuestas y signos vitales del paciente durante la RCP. Después de la RCP, observar la asimetría de los movimientos torácicos y la presencia de dolor torácico en la inspiración y de crepitantes
- o Insertar una SNG y sonda vesical conectándoselos a las bolsas correspondientes e iniciar controles regulares.

Valorar la presencia de disnea, cianosis central, hipotensión, disminución o ausencia de sonidos respiratorios o sudación profusa

Monitorizar después de la RCP: el ECG, signos vitales, saturación de oxígeno, hasta su estabilización

Valorar continuamente el estado mental del paciente tras la maniobra de reanimación: cambios del nivel de conciencia, el despertar, confusión, desorientación o agitación psicomotriz

Retirar después de la RCP los objetos punzo cortantes ( agujas, fijadores, ampollas vacías, etc), de la cama del paciente y desecharlo en el contenedor de seguridad

Evitar expresiones verbales que indiquen muerte inminente o gravedad para el paciente. El ciclo es el último sentido que se pierde y a demás puede oír la familia

Proporcionar apoyo emocional después de la reanimación, si la RCP ha tenido éxito, preparar a la familia sobre el modo en que va a encontrar al paciente. Si la RCP no ha sido efectiva, conceder a la familia tiempo e intimidad para el duelo

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## MONITORIZACIÓN CARDIACA.

Definición. Es el registro del impulso eléctrico del corazón, para poder registrar este impulso no es necesario colocar directamente un electrodo en el corazón, si no colocarlo en las extremidades en donde puede registrarse la actividad cardiaca.

### Objetivo.

- Visualizar el trazado electro cardiográfico de manera continúa.

### Objetivo de Enfermería.

- Diagnosticar de manera oportuna infarto al miocardio, arritmias cardiacas, cardiomegalias etc.

### PREPARACIÓN.

### FUNDAMENTACION.

- DE LA ENFERMERA.

Lávese las manos con lavado de manos higiénico.

Evita la transmisión de microorganismos.

- DEL MATERIAL.

Monitor cardiaco

Cable con sistema de tres o cinco electrodos.

Electrodos de papel adhesivo.

Gasas o pañuelos

- DEL PACIENTE.

Informe al paciente de la técnica que va a realizar.

El sistema de tres electrodos permite obtener las derivaciones I, II, MCI y / o MC6 el sistema de cinco electrodos permite obtener las doce derivaciones estandar DI, DII, DIII, AVR, AVL, AVF, V1, V2, V3, V4, V5 y V6

Reduce su ansiedad y facilita su

colaboracion



Posición. Coloque al paciente en posición adecuada: decúbito supino, si no tolera puede elevar el cabezal y descubra su tórax.

#### EJECUCIÓN.

1. Averigüe el estado de salud de la piel del paciente.
2. Limpie con gasa impregnada con alcohol o agua jabonosa la zona donde va a aplicar los electrodos
3. Conecte los electrodos de papel a los cables o latiguillos
4. Encienda el monitor cardiaco.
5. Retire el papel posterior de los electrodos y adhiéralos sobre la piel del paciente según se indica.

Sistema de tres electrodos: electrodo rojo bajo la clavícula derecha, electrodo amarillo bajo clavícula izquierda, electrodo verde borde costal inferior izquierdo

Los electrodos deben colocarse sobre la piel limpia, sin lesión y sin vello.

Disminuye la grasa de la piel del paciente y facilita la conducción.

Esta maniobra ejercida sobre la piel del paciente puede resultar molesta.

Cada cable o latiguillo esta rotulado con un código de colores que permite obtener cada derivación.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### Sistema de cinco electrodos

electrodo rojo bajo clavícula derecha.

Electrodo amarillo bajo clavícula izquierda

Electrodo negro borde costal inferior derecho.

Electrodo verde borde costal inferior izquierdo.

Electrodo blanco 4to espacio intercostal derecho junto al borde esternal.

6. Seleccione en el monitor la derivación elegida.

7. Observe la calidad del trazado a través del monitor y ajuste si es necesario su tamaño.

8. Active las alarmas y ajuste los límites inferior y superior.

9. Verifique que el monitor detecte cada latido, compare la auscultación del pulso apical con la frecuencia digital reflejada en la pantalla.

Habitualmente se selecciona la derivación DII ya que proporciona ondas P positivas y complejo QRS muy definidas.

El trazado debe estar libre de artefactos con una onda R adecuada de modo que permita determinaciones exactas de la FC.

Permite el aviso acústico y visual inmediato

La monitorización no sustituye a la valoración de enfermería.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## POST - EJECUCIÓN.

Proporcione máximo bienestar y compruebe que los cables no están bajo su espalda ni provocando lesiones innecesarias.

Eduque al paciente y / o familiar en lo referente a :

- la importancia de no sobre saltarse ante una alarma, puede indicar diferentes situaciones sin compromiso vital.
- Movilidad : permitida.

Lávese las manos con lavado de manos higiénico.

Registre en la historia del paciente.

- técnica ejecutada día y hora.
- Ritmo y frecuencia cardiaca inicial.
- Problemas presentados u observados.
- Respuesta del paciente.
- Firme.

## CONSIDERACIONES ESPECIALES.

Evitar que los cables hagan presión sobre la piel especialmente la espalda, bajo los pechos ( mujeres) y bajo las axilas, normalmente el paciente monitorizado esta en reposo absoluto.

Disminuir o eliminar, si es posible, el bip sonoro del complejo QRS especialmente en periodos de sueño.

Ajustar el nivel de las alarmas hasta un nivel óptimo.

Evitar si es posible que el paciente vea la pantalla del monitor desviándolo de su campo visual!

Comprobar regularmente que las alarmas estén activadas y que sus limites están ajustados a la frecuencia cardiaca esperada

Registrar cualquier cambio respecto al trazado inicial y adjuntarlo a la historia del paciente

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 3. NUTRICION

EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES A CUALQUIER EDAD REFLEJA SU ESTADO GENERAL EN SALUD Y PUEDE AFECTAR LA VELOCIDAD DE RECUPERACIÓN EN DIVERSOS PROCESOS COMO LA CIRUGÍA O LA ENFERMEDAD CUANDO UN PACIENTE CON UN TRACTO GASTROINTESTINAL NORMAL ES INCAPAZ DE CONSEGUIR UNA ALIMENTACIÓN ORAL ADECUADA SU ESTADO NUTRICIONAL PUEDE VERSE AFECTADO, POR LO CUAL SE TOMAN ALTERNATIVAS PARA PODER CUBRIR ESTA NECESIDAD.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ALIMENTACION POR VIA ORAL

Definición: Es la ingestión de alimentos por la boca los cuales son preparados para una digestión optima, así como el aprovechamiento de los constituyentes de estos.

### OBJETIVOS.

- Proporcionar los nutrientes esenciales para mantener el adecuado estado nutricional.

### OBJETIVOS DE ENFERMERIA.

- Facilitar y crear un ambiente propicio para la buena ingesta de los alimentos por el paciente.

### PREPARACION.

- DE LA ENFERMERA.

Lávase las manos con lavado de manos higiénico

- DEL MATERIAL.

bandeja con la comida prescrita.

Cubiertos.

Toalla

Servilletas de papel.

Vaso de agua

Mesa de cama regulable.

- DEL PACIENTE

Informar al paciente sobre la técnica que va a realizar

Coloque al paciente en la posición adecuada sedestacion o semifowler.

Indique al paciente que si lo desea, puede comer acompañado.

### FUNDAMENTACION.

Disminuye la transmisión de microorganismos.

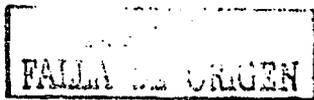
Disminuye la ansiedad y facilita la colaboración.

Hay pacientes que por su patologia han de estar en decubito supino incluso en las comidas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## EJECUCIÓN.

1. Averigüe los datos antropométricos del paciente. Permite adecuar las calorías adecuadas.
2. Averigüe la edad y estado de salud. Nos orienta sobre el tipo de dieta que debe mantener el paciente.
3. Tipo de dieta. Proporciona información respecto al equilibrio de su dieta.
4. Sus hábitos y preferencias. Permite mantener en lo posible su horario de comidas.
5. Sus creencias religiosas. Existen religiones que prohíben la ingesta de determinados alimentos.
6. El grado de dependencia. Permite conocer la colaboración que va a mostrar el paciente.
7. Si existen dificultades para masticar o tragar. Si el paciente tiene algún problema para masticar por falta de piezas dentarias etc, la dieta se le adecuara a la situación.
8. Posibles alergias a algunos alimentos. Previene las reacciones alérgicas a determinados alimentos.



9. Identidad del paciente.
10. Ofrezca ayuda al paciente para ir al cuarto de baño o bien proporciónale el orinal, si lo precisa antes de comer.
11. Proporciónale al paciente el material para lavarse las manos.
12. Revise el contenido de la bandeja.
13. Coloque la bandeja sobre la mesa y ajústelo a una altura cómoda para el paciente
14. Situe los platos y el vaso de agua de manera que el paciente pueda acceder a ellos
15. Coloque una toalla sobre el pecho si fuera preciso
16. Retire la cubierta de los alimentos y la funda de los cubiertos si el paciente no puede realizarlo por sí mismo
17. Siéntese a su lado si precisa ayuda para comer
18. Mantenga una conversación agradable durante la comida si el paciente lo desea

Evita errores en la dieta.

Evita interrupciones durante la comida

Mantiene la higiene y evita la contaminación de los alimentos

Proporciona comodidad.

Evita esfuerzos innecesarios.

Evitará manchar sus ropas

Fomenta un ambiente relajado

#### POST - EJECUCIÓN

Deje al paciente cómodo y proporciónale bienestar.

Eduque al paciente y familia en lo referente a :

La importancia de mantener una dieta equilibrada y seguir una pauta regular en sus comidas.

La importancia de conocer los grupos de alimentos y el modo de obtener todo su valor nutritivo

La importancia de mantener un equilibrio entre la ingestión de calorías y gasto energético

Realizar la higiene bucal después de la comida

Lavase las manos con lavado de manos higiénico.

Registre en la historia del paciente

Técnica ejecutada, día y hora

Cantidad de alimentos ingeridos

Problemas presentados u observados

Respuesta del paciente

Firme

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

### COMPLICACIONES.

- Asfixia.
- Lesión.
- Alteración de la autoestima.

### CONSIDERACIONES ESPECIALES.

Valorar el grado de conciencia que presenta el paciente para determinar si debe recibir la alimentación oral.

Colocar al paciente el sedación si no estuviera contraindicado para evitar que se atragante

Ayudar en la comida al ritmo que el paciente marque evitando las prisas.

Comprobar previamente la temperatura de los alimentos en los pacientes que lo precisen para evitar lesiones por quemaduras

Informar al paciente invidente sobre la colocación de los alimentos en la bandeja para orientarle y fomentar su autonomía

Valorar la habilidad manual del paciente para cortar los alimentos si es preciso cortarlos previamente para evitar lesión con el cuchillo.

Fomentar la participación del paciente en lo que se refiere a sus alimentos y respetar sus gustos, evitando imposiciones sobre todo en paciente dependiente.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ALIMENTACIÓN ENTERAL

Definición Es la provisión de nutrientes líquidos a través de la vía oral, SNG o mediante una abertura en el tubo digestivo.

### OBJETIVOS.

- Mantener un correcto estado de nutrición.

### OBJETIVOS DE ENFERMERIA.

- Alimentar al paciente mediante la sonda Nasogastrica.

### PREPARACION.

- DE LA ENFERMERA.

Lávese las manos con lavado de manos higiénico

Póngase guantes no estériles

- DEL MATERIAL

sonda nasogastrica de pequeño calibre .  
l'interna

Lubricante hidrosoluble

Vaso de agua con una caña

Jeringa de 50 ml

Palangana

Estetoscopio

Españador hipalergénico estrecho.

Toalla

Bolsa de alimentación calibrada con la cantidad prescrita de preparada

Equipo de perfusión continua para bomba.

Bomba de alimentación

- DEL PACIENTE

Instruye al paciente de la técnica que se va a realizar

Posicione al paciente en posición adecuada:  
decúbito supino en pacientes  
intubados

Decúbito lateral izquierdo en pacientes  
obstruccion intestinal

### FUNDAMENTACION.

Evita la transmisión de microorganismos

Disminuye la ansiedad y facilita la colaboración.

Evita que la sonda emigre hacia pulmones

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## EJECUCIÓN.

1. Averigüe el estado de salud del paciente.
2. Su estado de conciencia.
3. La prescripción médica.
4. Posibles alergias a algunos alimentos.
5. Si hay peristaltismo presente y / o distensión abdominal

## FUNDAMENTACION.

En pacientes con los reflejos de protección de las vías respiratorias disminuidas o con deterioro neurológico se tomaran precauciones durante la alimentación.

Nos orienta sobre la colaboración que podrá presentar al paciente y sobre las precauciones que habrá de adoptar posterior a la administración de la dieta

Señala la indicación de colocar una SNG así como el tipo de alimentación y la cantidad de preparado que hay que administrar.

Previene reacciones alérgicas a determinados alimentos

Determina si se puede o no administrar el preparado.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Administración de la Dieta.

1. Verifique la presencia de peristaltismo.
2. Introduzca dentro de la bolsa de alimentación la cantidad de preparado prescrita.
3. Cierre la bolsa con el equipo de perfusión y purguelo.
4. Cuelgue la bolsa y conéctelo a la bomba de perfusión.
5. Calibre la bomba a la velocidad de administración prescrita.
6. Coloque al paciente en posición fowler alta.
7. Pince el extremo de la sonda, retire el tapón y conecte el equipo de perfusión.
8. Inicie la administración y compruebe regularmente el funcionamiento del sistema.
9. Compruebe periódicamente que el paciente tolere la dieta.
10. Limpie la sonda pasando agua con la ayuda de una jeringa cuando finalice la administración de la dieta.
11. Tape la sonda.

Asegura que se podrá administrar la dieta.

Evita la entrada de aire en el aparato gastrointestinal.

Permite regular el ritmo de perfusión.

Reduce el riesgo de aspiración y reflujo

Evita la entrada de aire.

Evita la obstrucción de la sonda

Evita la salida de contenido gastrointestinal así como el aire.

## POST - EJECUCIÓN.

Deje al paciente en posición fowler o decúbito lateral derecho con el cabezal elevado 30 grados durante 30 minutos una vez finalizada la administración de la dieta  
Eduque al paciente y familia en lo referente a:

Comunicar inmediatamente la aparición de dolor abdominal, náuseas y / vomitos, o cualquier alteración en el hábito de posiciónal

Comunicar inmediatamente la salida de la sonda

Como administrar la dieta y el modo de efectuar los cuidados de la sonda

La importancia de mantener una correcta higiene en los materiales de administración

No acostarse hasta que no hayan pasado aproximadamente 30 minutos de la finalización del procedimiento para evitar el reflujo

Lavase las manos con lavado de manos higiénico

Registre en la historia del paciente:

Técnica ejecutada, día y hora

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- El tipo de sonda colocada.
- Tipo y cantidad de preparado.
- Problemas presentados u observados.
- Respuesta del paciente.
- Firme.

#### COMPLICACIONES.

- Ansiedad / Temor.
- Dolor.
- Lesión.
- Infección.
- Aspiración.
- Alteración de la mucosa oral.
- Deterioro de la integridad cutánea.
- Alteración de la imagen corporal.
- Diarrea / estreñimiento.

#### CONSIDERACIONES ESPECIALES

Valorar la reacción emocional del paciente y hablar con él en caso de que muestre ansiedad o temor del procedimiento.

Detener la inserción de la sonda si se encuentra resistencia para evitar dolor y la posible lesión.

No introducir el fiador de la sonda una vez extraído total o parcialmente ya que puede producir lesiones en el aparato gastrointestinal y en el esófago.

Comprobar antes de la administración de la dieta, fecha de caducidad, fecha de apertura del envase y una vez abierto si se ha guardado en refrigeración con el fin de evitar infecciones gastrointestinales.

Comprobar que la sonda está correctamente colocada antes de iniciar cada toma para prevenir bronco aspiraciones.

Mantener la mucosa oral limpia e hidratada y planificar la frecuencia de los cuidados, dependencia del estado de la misma para evitar lesión.

Evitar fijar la parte distal de la sonda en la ropa del paciente ya que al desnudarse podrá retirarse la sonda de forma involuntaria.

Cambiar la fijación de la sonda nasogastrica cada 24 horas como mínimo. Para ello se limpiará previamente la piel cambiando el punto de apoyo sin que la sonda ejerza presión sobre los orificios nasales para evitar úlceras por decúbito.

Administrar la dieta por bomba para mantener una perfusión regulada evitando así diarreas hasta que la tolerancia de la misma por el paciente permita su perfusión a caudal libre.

Aumentar diariamente y de forma gradual la velocidad o la concentración del preparado para evitar complicaciones como calambres abdominales, diarreas y trastornos electrolíticos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ALIMENTACIÓN POR GASTROSTOMIA Y YEYUNOSTOMIA.

Definición: Procedimiento que tiene como fin administrar líquido y alimento a través de un orificio que se hace en el estomago o en la segunda porción del intestino delgado.

### OBJETIVOS.

- Mantener un correcto estado de Nutrición.

### OBJETIVOS DE ENFERMERIA.

- Alimentar al paciente mediante una sonda de gastrostomia o yeyunostomia.

### FUNDAMENTACION.

### PREPARACIÓN.

- DE LA ENFERMERA.

Lávase las manos con lavado de manos higiénico.

Disminuye la transmisión de microorganismos.

Póngase guantes no estériles.

- DEL MATERIAL.

jeringa de 50 ml.

Bolsa de alimentación calibrada con la cantidad prescrita de preparado.

equipo de perfusión de alimentación para bomba

Bomba de alimentación.

- DEL PACIENTE

Informe al paciente de la técnica que va a realizar

Disminuye su ansiedad y facilita su colaboración

Coloque a paciente en posición adecuada: sedastator o fowler.

Evita la presencia de nausea y / o vómito.

Si la habitación es compartida aisle al paciente

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## EJECUCIÓN.

1. Averigüe la prescripción médica. Señala la indicación de iniciar la alimentación, así como el tipo de alimentación y la cantidad de preparado que hay que administrar.
  2. Las posibles alergias a algunos medicamentos. Previene las reacciones alérgicas a determinados alimentos.
  3. La presencia de peristaltismo y / o distensión abdominal. Determina si se puede o no administrar el preparado.
  4. La localización de la sonda. Es importante saber si la sonda es de gastrostomía o yeyunostomía, ya que cada una de ellas precisa cuidados específicos.
  5. Soque el preparado del refrigerador 30 minutos antes de la administración. Permite administrar el preparado a temperatura ambiente.
  6. Verifique la presencia de peristaltismo. Asegura que se podrá administrar la dieta.
  7. Cierre la bolsa con el equipo de perfusión y purguelo. Evita la entrada de aire en el aparato gastrointestinal.
  8. Cuelgue la bolsa y conéctela a la bomba de perfusión.
  9. Calibre la bomba a la velocidad de administración prescrita. Permite regular el ritmo de perfusión.
  10. Coloque al paciente en la posición de fowler alta en la administración por gastrostomía. Reduce el riesgo de aspiración y reflujo.
  11. Pince el extremo de la sonda con el tapón y conecte al equipo de perfusión. Evita la entrada de aire.
  12. Inicie la administración y compruebe regularmente el funcionamiento del sistema.
  13. Compruebe periódicamente que el paciente tolera la dieta.
  14. Limpie la sonda pasando agua con ayuda de una jeringa cuando finalice la administración.
  15. Tape la sonda. Evita la obstrucción de la sonda.
- Evita la salida de contenido gastrointestinal, así como la entrada de aire.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## POST - EJECUCIÓN.

Deje al paciente en posición fowler o en decúbito lateral derecho con el cabezal elevado 30 grados durante 30 minutos una vez finalizada la administración de la dieta en pacientes alimentados por gastrostomía.

Eduque al paciente y familia en lo referente a :

- Comunicar inmediatamente la aparición de dolor abdominal, náusea y / o vómito o cualquier alteración en el hábito de posicional.
  - Comunicar inmediatamente la salida accidental de la sonda.
  - Como administrar la dieta y el modo de efectuar los cuidados a la sonda.
  - La importancia de mantener una correcta higiene en los materiales de administración de la dieta y en la conservación del preparado para evitar infecciones gastrointestinales.
- No acostarse hasta que no haya pasado convenientemente 30 minutos de la finalización del procedimiento para evitar reflujo.

Lávese las manos con lavado de manos higiénico

Registre en la historia del paciente:

- Técnica ejecutada día y hora
- Tipo y cantidad de preparado
- Problemas presentados u observados.
- Respuesta del paciente
- Firme

## COMPLICACIONES

- Ansiedad / temor
- Dolor
- Lesión / infección
- Aspiración
- Lesión de la mucosa oral
- Diarrea / estreñimiento

## CONSIDERACIONES ESPECIALES

Valorar la reacción emocional del paciente y hablar con él en caso de que muestre ansiedad o temor ante el procedimiento.

Comprobar antes de la administración de la dieta: fecha de caducidad, fecha de apertura del envase y una vez abierto, si se ha guardado en refrigeración con el fin de evitar infecciones gastrointestinales.

Mantener la mucosa oral hidratada y limpia y planificar la frecuencia de los cuidados dependiendo del estado de la misma para evitar lesiones.

Manipular con cuidado la sonda de gastrostomía o yeyunostomía evitando tirones que puedan producir dolor.

Comprobar que la sonda está correctamente sujeta a la piel para evitar que se mueva lo que podría producir dolor y / o salidas accidentales de la misma.

Iniciar la administración de la dieta por yeyunostomía con suero de solución o agua para comprobar la tolerancia del paciente.

Verificar el contenido gástrico de más de 150 ml, ya que de ser así esta contraindica la administración de la dieta.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## NUTRICION PARENTERAL.

Definición: Es un método de suministrar alimentos al cuerpo por la vía intravenosa cuando no conviene o no es posible cubrir estas necesidades a través de la vía digestiva normal.

### OBJETIVOS.

- Conseguir y / o mantener un estado de nutrición adecuado mediante la administración de los principios inmediatos a través de una vía venosa.

### OBJETIVOS DE ENFERMERIA.

- Lograr y mantener un balance nitrogenado positivo mediante la administración de la alimentación.

### PREPARACIÓN.

- DE LA ENFERMERA.

Lávase las manos con lavado de manos higiénico.

Póngase guantes estériles

- DEL MATERIAL.

guantes, cubre boca, bata.

Solución prescrita.

Equipo de perfusión.

Bomba de infusión y equipo regulador de velocidad de goteo.

Soporte de suero.

Toalla esteril.

Gasas esteriles

Antiséptico ( alcohol, povidona yodada.).

Aposito

- DEL PACIENTE

Informe al paciente de la técnica que va a realizar

Coloque al paciente en decúbito supino o sedestación

### FUNDAMENTACION.

Disminuye la transmisión de microorganismos.

Mantiene un ritmo de goteo uniforme.

Disminuye la ansiedad y facilita la colaboración del paciente.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

13. conecte el equipo del preparado al equipo y purguelo

EJECUCIÓN.

1. Averigüe la identidad del paciente.
2. Su estado de nutrición.
3. El tipo de solución que hay que administrar.

4. Ritmo de perfusión, volumen y duración.

5. La caducidad de la bolsa de preparado

6. Posibles alergias .

7. Si existe una vía venosa canalizada previamente, el tipo y estado de la misma.

8. Verifique el emplazamiento correcto de la vía venosa así como su funcionamiento

9. Identifique la bolsa de NPT del paciente

10. Compruebe que la solución no ha estado a temperatura ambiental durante su conservación

11. Extienda la fecha estéril y deposite el material en la misma

12. Póngase guantes estériles

Evita errores de administración.

Determina en tipo de solución: NPT\* o NPP\*\* .

Determina la vía venosa que se ha de utilizar, si la nutrición parenteral es total precisa un acceso venoso central, ya que se trata de soluciones hipertónicas es decir, con una alta osmolaridad y contenida de masa de 20 % de glucosa, mientras que la parcial es de baja osmolaridad y se puede profundir por vía venosa periférica

Indica los valores que se han de introducir en la bomba de perfusión.

Transcurrida la fecha de caducidad, pierde efectividad.

Asegura que el paciente no presentará reacciones alérgicas.

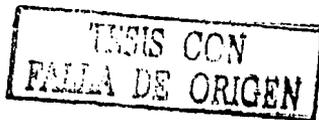
Evita punciones innecesarias.

La NPT debe administrarse por una vía venosa central, comprobándose por Rx.

Evita errores en la administración

Una vez preparada debe de mantenerse en refrigeración debido al deterioro de sus componentes

Evita infecciones



14. Conecte los tubos a la bomba de infusión.
15. Conecte el equipo al catéter del paciente.
16. Proteja todas las conexiones incluidos las conexiones equipo - catéter del paciente con una gasa con yodo povidona
17. Establezca la velocidad de flujo indicada en la bolsa del preparado
18. Observe la zona de inserción del cateter y revise los cuidados del mismo
19. Establezca controles periódicos de los signos vitales
  
20. Instaura un balance de líquido controle ingesta de calorías.
  
21. Valore cada 4 / 6 hr o según el protocolo de la institución la glucemia capilar y / o control de glucocetonuria.
22. Pese si es posible al paciente.
23. Recoja muestras de orina y sangre según la prescripción medica

Regula y mantiene la velocidad del flujo

Evita la posible contaminación del catéter.

Un aumento en la temperatura corporal podría indicar sepsis en el catéter.

Es importante saber los líquidos que entran y salen, ya que ello puede determinar su reposición , así como la de otros elementos nutritivos.

Al ser una solución con alto contenido de azúcar pueden existir problemas de hiper/ hipo glucemia que deberan ser tratadas.

La perdida o ganancia de peso indican si existe un exceso de líquido o por el contrario un déficit

Los valores analíticos obtenidos pueden hacer variana los constituyentes de la NPT.

\*\*NPT Nutrición Parenteral Total proporciona todos los nutrimentos esenciales conciaas según las necesidades nutricionales del paciente

\*\*NPP Nutrición Parenteral Parcial satisface parcialmente los

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

requerimientos nutritivos del paciente.  
es un suplemento

### POST EJECUCIÓN

Deje al paciente cómodo y proporciónale bienestar.

Eduque al paciente y familia en lo referente a :

- Comunicar cualquier manifestación de dolor, edema, eritema, y / o supuración en la zona de punción o en el trayecto de la vena.
- Los cuidados del catéter y de la nutrición parenteral, si ha de seguir el tratamiento en su domicilio.
- Conocer las manifestaciones que indicarían déficit de algún componente de la nutrición.

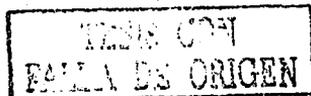
Lávese las manos con lavado de manos higiénico.

Registre en la historia del paciente:

- Técnica ejecutada, día y hora.
- Problemas presentados u observados.
- Respuesta del paciente.
- Firme.

### COMPLICACIONES.

- Ansiedad / temor.
- Trastornos de la imagen corporal.
- Alteración senso perceptiva olfatoria.
- Deterioro de la movilidad física.
- Alteración de la nutrición.
- Deterioro de la integridad cutánea.
- Sobre carga de líquidos.
- Sepsis.
- Hiper / hipo glucemia.



### CONSIDERACIONES ESPECIALES.

1. Valore la reacción emocional del paciente y hablar con él en caso de que muestre ansiedad o temor ante el procedimiento.
2. Dar tiempo para que el paciente exprese dudas y temores en relación al hecho de no poder ingerir alimentos.  
Valorar posibles alternativas a la ingestión oral para reducir el deseo de comer así como las posibles alucinaciones olfativas que puede presentar.  
Controlar el nivel de conciencia con cierta frecuencia para detectar posibles alteraciones mentales causadas por un déficit de fosfatos.  
Observar diariamente el estado de piel, mucosas y cabello para prevenir alteraciones de la piel causadas por un déficit de zinc y ácidos grasos esenciales.  
Valorar la capacidad del paciente para realizar los cuidados necesarios en su domicilio, si ha de seguir con el tratamiento.  
Animarle a que realice ejercicio según sus posibilidades para promover el aumento del tejido muscular en lugar de adiposo.  
Realizar la técnica bajo medidas asepticas estrictas por el alto riesgo de sepsis.  
Mantener el ritmo de perfusión prescrito para evitar hipo / hiperglucemia.  
Sustituir la NPT con solución glucosada al 10 % o al 5 % en la NPP en caso de rotura accidental de la bolsa o falta de la misma, para evitar hipoglucemias.

## ELIMINACIÓN

LA ELIMINACIÓN URINARIA ES UN PROCESO NATURAL Y, A MENUDO, PRIVADO QUE LOS INDIVIDUOS REALIZAN SIN IMPORTANCIA HASTA QUE SE ENCUENTRA ALTERADA POR ALGUN FACTOR FISIOLÓGICO INCONTROLABLE. ALGUNAS ENFERMEDADES REQUIEREN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS CON EL FIN DE CREAR UNA ABERTURA EN LA PARED ABDOMINAL PARA LA EVACUACIÓN FECAL O URINARIA.

## SONDAJE VESICAL FEMENINO Y MASCULINO.

Definición.: técnica por medio de la cual se introduce una sonda en los genitales masculinos o femeninos con el fin de obtener una muestra de orina, esta puede ser permanente o intermitente.

### OBJETIVOS:

- Descomprimir o aliviar las molestias producidas por la retención de orina.
- Evaluar la cantidad de orina residual.

### OBJETIVOS DE ENFERMERIA:

- Vaciamiento por completo de la vejiga.
- Obtener muestra de orina con fines diagnósticos.

### PREPARACIÓN.

### FUNDAMENTACION.

#### • DE LA ENFERMERA:

1ra. Fase de higiene de los genitales:

Evita la transmisión de microorganismos.

Lávase las manos con lavado de manos higiénico y póngase guantes estériles.

2da. Fase de sondaje:

Lávase las manos con lavado de manos quirúrgico y póngase guantes estériles.

Reduce la transmisión de flora residente en las manos antes de iniciar la técnica estéril.

#### • DEL MATERIAL.

Fase de higiene de los genitales:

protector de cama impermeable.

Toalla

Recipiente con agua tibia y jabón líquido

Torunda de gasa

Gasas

Pinzas Kocher.

Guantes no estériles

Cuña

**Fase de sondaje:**

set estéril

guantes

torundas de gasa.

Toalla fenestrada.

Antiséptico.

Pinza.

Lubricante anestésico hidrosoluble.

Jeringa de 10ml.

Ampolla de agua bidestilada.

Cubre boca

Bata.

Sonda uretral 14 - 18 Fr. (adulto).

Habitualmente se utiliza sonda foley para sondaje permanente y sonda rectal para el intermitente el calibre se determina por la edad y sexo del paciente.

Bolsa recolectora

SopORTE para bolsa

Esparadrapo Foco de luz.

• DEL PACIENTE.

Informe al paciente de la técnica que se va a realizar.

Reduce la ansiedad y favorece la colaboración facilitándose la introducción de la bolsa, dígame que el sondaje no suele ser doloroso pero que puede producir una sensación de quemazón durante la introducción de la sonda.

Posición : mujer, decúbito supino con las rodillas flexionadas y ligera rotación externa de la cadera o decúbito lateral.

Hombre, decúbito supino con las rodillas flexionadas

Facilita una higiene minuciosa y proporciona una mejor visualización del meato urinario.

Facilita la relajación muscular y del periné

## EJECUCIÓN.

### Sondaje vesical permanente femenino.

1. Averigüe el tipo de sondaje prescrito.
2. El estado de salud del paciente.
3. Las características y cantidad de orina.
4. El grado de movilidad del paciente.
5. El nivel de conciencia del paciente.
6. La presencia de globo vesical.
7. la hora de la ultima micción
8. cierre puertas y ventanas.
9. aisle al paciente si la habitación es compartida.
10. lavese las manos
11. pongase guantes y bata.

## FUNDAMENTACION.

Según el objetivo puede ser intermitente o permanente.

Algunos problemas pueden dificultar la introducción de la sonda en el hombre p. Ej. Hipertrofia prostática.

Proporciona información que sirve como base par la evaluación en el seguimiento del problema.

Permite valorar la capacidad del paciente para mantener la posición durante el sondaje.

Determina el nivel de colaboración del paciente.

El globo vesical puede palpase sobre la sínfisis del pubis, es un signo de retención urinaria y nos oriente sobre la indicación del sondaje.

Es un dato importante a considerar para valorar la rapidez del sondaje

Evita corrientes de aire y mantiene la temperatura de la habitación.

Evita la propagación de microorganismos

12. Póngase guantes y bata.

13. Observe posibles inflamaciones, edemas, úlceras que pueda presentarse en esta zona.

14. Coloque una cuña bajo las nalgas del paciente.

15. Acerque a la palangana al paciente para que compruebe la temperatura del agua.

16. Deje descubierta la zona genital cubriendo el resto del cuerpo. Vierta agua caliente sobre los genitales.

17. pida que le abran el set estéril, póngase los guantes estériles y cree un campo estéril colocando la toalla por encima de la zona pubiana exponiendo la vulva.

18. Ordene el material estéril sobre el campo: abra el envoltorio interno de la sonda uretral.

Prepare las torundas en solución antiséptica.

Vierta lubricante sobre una gasa.

Cargue la jeringa con 10 ml de agua bidestilada e inyéctela a la vía del globo comprobando la integridad del balón.

Desinfele el balón completamente y mantenga conectada la jeringa.

Alguna situación puede contraindicar el sondaje.

Evita que se moje la cama

Mantiene los hábitos del paciente.

Evita la contaminación del material y mantenga la técnica estéril.

Mantiene los principios de asepsia y organiza la zona de trabajo.

Permite detectar cualquier defecto del balón que podrían producir fugas.

Con la mano no dominante separe los labios mayores y desinfecte con la mano contraria, ayudándose de una torunda impregnada en antiséptico, los pliegues de los labios menores, en dirección hacia del pubis hacia el ano. Prosiga con el meato urinario en la misma dirección, utilice una torunda nueva para cada pasada.

1. Lubrique la punta de la sonda con ayuda de una gasa

1. Pida al paciente que respire lenta y profundamente.

2. Separe los labios mayores con la mano no dominante e inserte la sonda con suavidad en el meato urinario siguiendo la dirección de la uretra con su mano dominante hasta que drene orina (aproximadamente de 5 a 7.5 cm)

23. Cuando observe la presencia de orina introduzca un poco más la sonda de 2.5 a 5 cm.

24. Conecte el extremo terminal de la sonda al sistema de drenaje y sitúe la bolsa por debajo del nivel de la vejiga.

25. Infle el balón con la jeringa ya conectada

26. Deslice suavemente la sonda hacia el exterior hasta notar la resistencia manténgala en esta posición

27. Fije la sonda en la parte interna del muslo con una tira de esparadrapo hipoalérgico, compruebe que la amplitud de movimiento de la pierna no tense la sonda

28. Proceda a la higiene y secado de la zona perineal si es necesario

Esta maniobra evita el traslado de microorganismos al proceder desde la zona menos contaminada hasta la más contaminada.

Facilita la introducción y evita la fricción.

Esta medida ayuda a relajar el esfínter externo.

Los labios separados evita la contaminación del meato urinario.

La introducción posterior asegura la situación de la sonda en la vejiga.

Establece un sistema cerrado de drenaje urinario y esta posición evita el reflujo hacia la cavidad urinaria.

El inflado de balón fija la punta de la sonda en la unión de la vejiga con la uretra.

Evita el riesgo de lesión tisular de esta zona y la posibilidad de salida accidental

Proporciona comodidad y seguridad

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Sondaje vesical permanente masculino.

1. Averigüe el tipo de sondaje prescrito.  
Según el objetivo puede ser intermitente o permanente.
2. El estado de salud del paciente.  
Algunos problemas pueden dificultar la introducción de la sonda en el hombre hipertrofia prostática.
3. Las características y la cantidad de orina.  
Proporciona una información que sirve de base para la evaluación del seguimiento del problema.
4. El grado de movilidad del paciente.  
Permite valorar la capacidad del paciente para mantener la posición durante el sondaje.
5. El nivel de conciencia.  
Determina el nivel de colaboración del paciente
6. La presencia de globo vesical.  
El globo vesical puede palparse sobre la sínfisis del pubis, es un signo de retención urinaria y nos alerta sobre la indicación del sondaje
7. la hora de la última micción.  
Es un dato importante a considerar para valorar la rapidez del sondaje.
8. Cierre puertas y ventanas.  
Evita corrientes de aire y mantiene la temperatura de la habitación.
9. aisle al paciente si la habitación es compartida  
Mantiene la intimidad de paciente
10. lávese las manos  
Evita la propagación de microorganismos...
11. pongase guantes y bata  
... algunas situaciones pueden contraindicar el sondaje.
12. observe posibles inflamaciones, edemas o úlceras que pueden presentarse en esta zona
13. coloque la cuña bajo las nalgas del paciente  
Evita que se moje la cama.

14. Acerque la palangana hacia el Paciente para que compruebe la temperatura del agua.

Mantiene los hábitos del paciente.

15. Deje al descubierto la zona genital cubriendo el resto del cuerpo.

16. Vierta agua caliente Sobre los genitales.

17. Enjabone los genitales externos ( pené y testículos)

Tenga la precaución de que el jabón que utilice sea neutro y que se elimine totalmente sobre todo en el glande para evitar irritaciones.

18. En el paciente circuncidado retraiga el prepucio y proceda a la limpieza del glande realizando movimientos circulares desde el meato urinario hacia fuera. utilice una manopla de esponja para ello

Permite retirar el esmegma que se acumula bajo el prepucio , evitando la entrada de microorganismos en la uretra.

19. Aclare con abundante agua y seque suavemente. coloque el prepucio en su posición original.

Evita lesiones y edema en el glande.

20. Sujete el pené firmeza con los dedos pulgar e índice de la mano no dominante, con la ayuda de la gasa deslice el prepucio en caso de no circuncisión

Esta maniobra evita la erección

21. Con la ayuda de una pinzas en su mano no dominante desinfecte con torundas impregnadas de antiséptico desde la abertura uretral hacia el glande y la base del pené con un movimiento circular. realice cada círculo completa con una gasa nueva

Disminuye el numero de microorganismos en el meato urinario y permite que el movimiento se realice desde la zona menos contaminada hacia la mas contaminada

22 abra el set estéril, pongase los guantes y cree un campo estéril cobrando la toalla por encima de la zona pubera exponiendo solo el pene

Evita la contaminación del material y mantiene la tecnica estéril.

22. Sujete el pené en posición perpendicular, formando un ángulo de 90° respecto al cuerpo y realice una ligera tracción.

25. Pida al paciente que respire lenta y profundamente.

26. Introduzca la sonda suavemente hasta que fluya la orina (aproximadamente entre 17 y 22 cm).

27. Baje el pené hasta un ángulo de 45 grados y coloque el extremo terminal de la sonda en el sistema de drenaje, sitúe por debajo de la vejiga dicho sistema.

28. Infle el balón con la jeringa ya conectada.

29. Deslice suavemente la sonda hacia el exterior hasta notar una resistencia manténgala en esta posición.

30. Fije la sonda con un esparadrapo hipoalergénico en la parte interna del muslo.

31. Proceda a la higiene y secado de la zona genital si es necesario.

Facilita su introducción y evita la fricción, el anestésico insensibiliza la uretra al paso de la sonda.

Esta maniobra endereza el canal urinario facilitando la inserción de la sonda.

Esta maniobra ayuda a relajar el esfínter externo.

Si encuentra resistencia en la uretra no fuerce su introducción retirela y notifíquelo.

Establece un sistema cerrado para drenaje urinario.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**sondaje vesical femenino intermitente:**

- a. Retire la mano de los labios y sujete la sonda a unos 2 cm del meato urinario.
- b. Recoja la orina de la cuña.
- c. Finalizando el drenaje, retire la sonda lentamente hasta su total extracción.
- d. Retire la cuña y proceda a la higiene y secado de la zona perineal, si es necesario.

El inflado del balón fija la punta de la sonda en la unión de la vejiga y la uretra (anclaje de la sonda.)

Evita el riesgo de lesión tisular de esta zona y la posibilidad de la salida accidental.

Proporciona comodidad y seguridad

**sondaje vesical intermitente masculino:**

- a. Recoja la orina de la cuña.
- b. Finalizando el drenaje retire la sonda lentamente hasta su total extracción.
- c. Retire la cuña y proceda a la higiene y secado de la zona perineal

Proporciona comodidad y seguridad



sondaje femenino



sondaje masculino

**POST - EJECUCIÓN**

Deje al paciente cómodo y proporciónale comodidad. Eduque al paciente y familia en lo referente a:

La higiene con agua y jabón neutro urinario y la zona próxima a la sonda como mínimo dos veces al día

La importancia de un buen secado de genitales

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

- La importancia de mantener la bolsa a un nivel inferior a la vejiga.
- En la movilización del paciente que implique un desplazamiento de la bolsa por encima de las caderas, procederá a un pinzado de la sonda lo mas próximo al meato urinario.
- La importancia de incrementar el consumo de líquidos para un buen funcionamiento renal.
- Cambiar la fijación de esparadrapo cada 24 horas o según la necesidad .
- Realizar una rotación de la sonda de 360 grados todos los días.
- Mantener el sistema cerrado evitando las desconexiones.
- Desechar la orina en el contenedor especial o de líquidos orgánicos.

Lávase las manos con lavado de manos higiénico.

Registre en la historia del paciente:

- Técnica ejecutada, día y hora.
- Tipo y tamaño de sonda.
- Características y cantidad de líquido drenado.
- Objetivo del sondaje.
- Problemas presentados u observados.
- Respuesta del paciente
- Firme.

#### COMPLICACIONES.

- Infección.
- Lesión.

#### CONSIDERACIONES ESPECIALES

- o Mantener una asepsia rigurosa durante todas las manipulaciones del sistema.
- o En un sondaje para aliviar la retención urinaria, consultar las directrices del centro respecto a la cantidad de orina permitida en primera intención por el riesgo de ingurgitación de los vasos sanguíneos de la pelvis y de un choque hipovolemico
- o Limpiar con agua y jabón el meato urinario y la zona genital 2 o 3 veces al día y realizar un buen secado, procede del mismo modo con la porción de la sonda próxima al meato urinario
- No forzar la introducción de la sonda en caso de encontrar resistencia
- o No cambiar la sonda vesical si no hay necesidad
- o Evitar desconexiones innecesarias de la sonda uretral para impedir la transmisión de microorganismos
- Pinzar momentáneamente la sonda durante las movilizaciones del paciente para evitar reflujo
- Determinar la ingesta de líquidos diarios para asegurar el normofuncionamiento renal y evitar la obstrucción de la sonda
- Valorar la presencia de molestia y / o dolor
- Valorar la presencia de supuración o incrustaciones en el meato urinario y en el interior de la sonda
- Valorar las características de la orina (cantidad, olor, transparencia y color).
- Comprobar la integridad del globo antes de la inserción de la sonda, así como, el contenido del mismo como regularidad para suprir por días perdidas

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## ENEMA EVACUANTE

Definición: es la instalación de una solución a través del ano y colon sigmoide con la finalidad de estimular el peristaltismo.

### OBJETIVO:

- Limpiar y evacuar el recto y el colón
- 

### OBJETIVO DE ENFERMERIA.

- Estimular el peristaltismo y eliminar las heces

### PREPARACIÓN

- DE LA ENFERMERA.

Lávese las manos con lavado de manos higiénico.

Póngase guantes no estériles.

- DEL MATERIAL.

solución prescrita.

equipo de enema: para la solución con línea irrigadora.

Conexion

Pinza.

Sonda rectal de tamaño adecuado.

Lubricante hidrosoluble

Protector plástico de cama

Pañuelos de papel

Guño o sino orinal

Termometro de baño

Jabon

Espejo

Toalla

### FUNDAMENTACION.

Disminuye la transmisión de microorganismos.

Para un enema de limpieza el volumen prescrito para un adulto oscila entre 750 y 1000 ml.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

• DEL PACIENTE.

Informe al paciente de la técnica a realizar.

Coloque al paciente en posición adecuada:  
- decúbito lateral izquierdo con la pierna derecha flexionada durante la introducción de la solución.

EJECUCIÓN

1. Averigüe si el paciente controla esfínteres.
2. Los factores que contraindiquen el enema
3. El grado de movilidad y colaboración.
4. El estado del ano y de la piel alrededor.
5. Signos vitales.
6. Prepare la solución prescrita en el recipiente destinada a ello pongue el equipo y la sonda rectal y púnc el sistema

Disminuye su ansiedad y facilita su colaboración, puede notar sensación de plenitud y molestias durante la administración de la solución.

La capacidad de retención del paciente facilita el objetivo del enema.

Los ancianos con problemas cardiacos crónicos pueden presentar arritmias y palpitaciones relacionadas con la estimulación vagal causada por el enema

Ayuda a valorar la utilización del aseo, silla o cuna después del enema.

La presencia de hemorroides, lesión ulceración o herida puede dificultar y desencadenar problemas durante la introducción de la sonda

Proporcionan información sobre el estado basal del paciente.

El aire instalado en el recto produce una distencion abdominal la longitud de la sonda lubricada es de 4 a 5 cm.

**TEXO CON FALLA DE ORIGEN**

7. Póngase los guantes y coloque al paciente en decúbito lateral izquierdo con la pierna derecha flexionada hacia delante, coloque un protector de plástico bajo las nalgas.

Hace que el flujo de la solución se dirija al colon sigmoide y descendente, la flexión de la pierna derecha favorece una buena exposición anal.

8. Deje al descubierto la zona de las nalgas y cúbrale las piernas con la toalla.

Mantiene la intimidad y evita enfriamiento.

9. Separe la nalga superior con su mano no dominante.

Expone la abertura anal.

10. Con la mano dominante inserte la sonda suavemente en el recto en dirección al ombligo. En los adultos inserte la sonda de 7 a 10 cm.

El canal anal mide de 2 a 5 cm en el adulto, la inserción de la sonda debe sobrepasar el esfínter anal.

Cuanto más alto se sitúe el recipiente más rápido descenderá el flujo y mayor será la presión sobre el recto.

La administración lenta del enema disminuye la posibilidad de un espasmo intestinal y de una expulsión prematura de la solución.

11. Eleve el recipiente con la solución unos 30 cm por encima del recto y abra la pinza.

La urgencia de defecar suele indicar que se ha administrado suficiente líquido.

12. Administre el líquido lentamente observando al paciente, si presenta sensación de plenitud píncele durante 30 segundos y comience de nuevo a una velocidad más lenta.

Facilita la retención del enema sin embargo permanecer sentado o de pie favorece el drenaje y el peristaltismo.

13. al terminar de instalar la totalidad de la solución o cuando el paciente no pueda retener más, cierre la pinza evitando la entrada de aire en el recto y retire la sonda suavemente.

Este tiempo se considera suficiente para la limpieza del colon, al mismo tiempo que favorece la defecación.

14. pídale al paciente que permanezca en decúbito supino reteniendo la solución durante 5 a 10 minutos.

15. trascurridos los 10 minutos sienta al paciente en la cuña, silla orinal o el inodoro.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

16. Valore las características del material evacuado.

17. Ayude si es preciso en la limpieza de la zona perianal con agua y jabón.

18. seque completamente la zona



19. cambie la ropa de cama si es necesario enema evacuante.

#### POST EJECUCION

Deje al paciente cómodo y proporciónele bienestar.

Eduque al familiar y / o paciente en lo referente a :

- Realizar respiraciones profundas durante la instalación de la solución del enema.
- La importancia de retener la solución durante el mayor tiempo posible.
- Permanecer en reposo mientras se retiene la solución.
- Aplicar un masaje suave en el abdomen y respirar lentamente durante la retención.

Lávese las manos con lavado de manos higiénico.

Registre en la historia del paciente:

- Técnica ejecutada, día y hora.
- Cantidad y calidad de solución administrada.
- Color, cantidad y consistencia de la materia fecal.
- Respuesta del paciente.
- Problemas presentados u observados.
- Firme.

#### COMPLICACIONES.

- Lesión
- Reacción vagal.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CONSIDERACIONES ESPECIALES.

- o Comprobar siempre la temperatura de la solución ( 40 A 43 grados) en el momento de proceder a su administración para evitar calambres o quemaduras.
- o Mantener la altura del recipiente con la solución a un nivel no superior a 30 cm por encima del recto.
- o En pacientes con dificultad en la retención, presionar juntando ambas nalgas para ayudarles a retener la solución.
- o En pacientes incontinentes utilizar una sonda foley con balón hinchado para favorecer la retención del enema.
- o En presencia de resistencia durante la introducción de la sonda y / o líquido pida al paciente realice respiraciones lentas y profundas mientras introduce una pequeña cantidad de líquido.
- o Valorar el estado del paciente durante la irrigación: la presencia de sudación, malestar, palidez facial, taquicardia o palpitaciones puede ser indicativa de reacción vagal, en este caso detener el flujo y avisar
- o Si durante la administración del enema observa que la entrada del líquido se hace más lenta, realice una ligera rotación de la sonda para desprender cualquier materia fecal que puede estar obstruyendo los orificios de la sonda
- o Si el paciente presenta hemorroides externas, pídale que realice el esfuerzo de defecar en el momento de la introducción de la sonda para abrir el esfínter externo, refuerce el respirar de manera lenta y profundamente

TESTEADO  
En el ORIGEN

## DRENAJES.

Definición: Son unos dispositivos que se utilizan para favorecer la evacuación de los líquidos orgánicos (sépticos o asépticos) y del aire, ya que establecen una comunicación con el exterior

### OBJETIVOS.

- Prevenir la formación y el acumulo de líquidos o gases en las cavidades orgánicas.
- Permitir el control exacto del volumen y características del drenado.

### OBJETIVOS DE ENFERMERÍA.

- Promover el proceso de cicatrización.
- Reducir el riesgo de infección.
- Intervenir rápidamente y de forma adecuada cuando hay indicios de infección

### PREPARACIÓN.

### FUNDAMENTACION

#### FUNDAMENTACION.

##### • DE LA ENFERMERA.

Lávase las manos con lavado de manos higiénico.

Póngase guantes estériles.

Disminuye la transmisión de microorganismos.

##### • DEL MATERIAL

Gasas y apósitos estériles.

Guantes estériles

torácico del calibre adecuado.

de curación

Antiséptico

Anestésico local.

pinzas

Sistema de drenaje

##### • DEL PACIENTE

Colocar al paciente en la posición

dependiente del drenaje.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## PLEUROVAC.

Es la extracción de líquidos o aire de la cavidad torácica mediante la inserción de uno o más tubos que se conectan con un sistema de aspiración.

### EJECUCIÓN.

1. Informar al paciente de la técnica que se va a realizar. Disminuye la ansiedad y facilita la colaboración del paciente.
2. Colocar al paciente en posición adecuada. Si es posible coloque al paciente en posición fowler.
3. Preparar la piel de la zona de inserción. Según la zona elegida el tipo de asepsia será diferente.
4. El médico efectuará la incisión por encima de la costilla adecuada. Pasará dos hilos de sutura cerca de los bordes de la incisión uno para fijar el tubo y el otro para cerrar el orificio.
5. Pinzar el extremo distal del tubo. Al entrar a la cavidad pleural se debe evitar la entrada de aire para evitar colapso pulmonar.
6. Conectar el sistema de drenaje con el sello de agua.
7. Fijar el tubo de manera adecuada. Esto evitara la salida accidental del tubo.
8. Coloque al paciente al finalizar en una posición cómoda.
9. Para la higiene de la zona se retira el apósito cuidadosamente evitando el desplazamiento del drenaje. Se realiza con el fin de retirar el acumulo de secreciones. En la zona de inserción.
10. Limpiar la zona con solución salina y secarla perfectamente con gasas estériles. Evita la proliferación de bacterias y con ello la infección.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

11. Se aplica antiséptico y si la piel está enrojecida se utiliza una pomada protectora.
12. Cubrir la zona con un apósito hendidó individualizado y se coloca una bolsa colectorá si es necesario.
13. El drenaje tipo penrose o de tejadillo se retira movilizándolos progresivamente de 1 a 2 cm diarios hasta su retirada definitiva.
14. El drenaje tipo pleurovac, se tira de la sonda con cuidado en un solo tiempo.

Se tratará de proteger la zona de incisión.

Hasta entonces se quitará el punto de sujeción a la piel.

Se debe procurar que el frasco o sistema mantenga el vacío para permitir que se recojan los líquidos del trayecto.

#### POST - EJECUCIÓN.

Deje al paciente cómodo y bríndele bienestar.

Eduque al paciente y familiar en lo referente a:

El manejo del aparato durante la movilización del paciente.

Notificar cuando el recipiente este lleno.

el pleurovac a un nivel inferior

Lávese las manos con lavado de manos higiénico

Registre en la historia del paciente:

Técnica ejecutada, día y hora.

Cantidad de líquido drenado y características.

Problemas presentados u observados.

Respuesta del paciente.

Firme

#### COMPLICACIONES.

- Hemoneumotorax
- Distres respiratorio
- Dolor
- Infección
- Lesión
- Fuga

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

#### CONSIDERACIONES ESPECIALES

- o No permitir que los tubos se doblen o se obstruyan con el peso del paciente.
- o Nunca fijar el tubo con ganchos a la sabana
- o No vaciar los recipientes de drenaje de la torotomía
- o Reemplazar el recipiente cuando la cámara de drenaje este llena
- o Los venajes deben ser reforzados pero solo se cambian a petición del médico
- o Valorar periódicamente la facilidad de respiración
- o Valorar el burbujeo persistente que indica una fuga o escape de aire.
- o Medicar al paciente 30 o 60 minutos antes de retirar el tubo del tórax

## OSTOMIAS.

Definición: Son unas intervenciones quirúrgicas que consiste en crear una salida artificial conocida con el nombre de estoma (boca) que nos da una idea de una abertura, su función dar salida al contenido intestinal (ileostomía) materia fecal ( colosomía) u orina (urostomía) del paciente ostomizado. El estoma debe ser de un color rojo intenso como una fresa, cualquier otro color puede indicar problema, puede ser plano ( raíz de piel) normal ( sobre sale de la piel no mas de 2.5 cm ) o protuberante ( sobresale de la piel más de 2.5 cm.).

### OBJETIVO.

- Promover la aceptación del cambio en la eliminación intestinal.

### OBJETIVO DE ENFERMERÍA.

- Mantener integra la piel periestomal.
- Educar sobre los cuidados para favorecer la autonomía del paciente.

### PREPARACIÓN

- DE LA ENFERMERA

Lávase las manos con lavado de manos  
higiénico.

Póngase guantes estériles

- DEL MATERIAL

agua

jabón neutro

esponja

Toalla

Papel higiénico

Bolsa y placa

Filtro de carbón activado

Fianza de cierre de bolsa si es abierta.

Bolsa de basura

Pasta o polvo para la piel periestoomal

Guía de medida del estoma

### FUNDAMENTACION

Disminuye la transmisión de  
microorganismos.

La temperatura se adaptara a las  
preferencias del paciente.

Existen diferentes tipos de bolsa y  
placas que deberán adecuarse al tipo de  
estoma y a las características de las  
heces Las bolsas pueden ser abiertas o  
cerradas y de una pieza o de dos

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

• DEL PACIENTE:

Informe al paciente de la técnica que va a realizar.

Coloque al paciente en la posición adecuada: decúbito supino o bipedestación.

Disminuye su ansiedad y facilita su colaboración.

EJECUCIÓN.

1. Averigüe la fecha en que se ha realizado el estoma.

Nos orienta sobre el cuidado que vamos a realizar.

2. El tipo de estoma y su localización.

Nos orienta sobre el tipo y tamaño del dispositivo a emplear.

3. El estado de la piel periestomial.

Permite planificar la frecuencia de los cuidados, el cambio del dispositivo y el material a utilizar.

4. La cantidad y la calidad de las deposiciones.

La ubicación de las ostomias determina las características y cantidad de las deposiciones, advierte sobre posibles complicaciones, sangrado, etc.

5. El estado emocional y de salud del paciente.

Determina el grado de colaboración y disponibilidad durante el aprendizaje.

6. La existencia de posibles alergias.

Evita las reacciones alérgicas a algún componente del material.

Cambio de dispositivo de una pieza.

7. Retire cuidadosamente el dispositivo de arriba abajo sujetando la piel con la mano dominante

Disminuye la sensación de dolor.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

8. Realice la higiene del estoma y la piel periestomal con agua y jabón sin realizar presión.

9. Seque la zona sin frotar, suavemente hasta que quede bien seca.

Evita que la piel se irrite por la humedad y favorece la fijación del adhesivo.

10. Observe el tamaño y color del estoma y el estado de la piel periestomal.

El color ha de ser rosado y tiene que estar húmedo, aunque los primeros días sea de color rojo oscuro, edematoso.

11. Mida el diámetro del estoma con la ayuda de la guía de medidas.

Nos orienta sobre la medida en que se habrá de recortar el dispositivo.

12. Recorte el dispositivo a la medida.

El orificio tendrá 3mm mas que el estoma.

13. Aplique pasta de barrera si la superficie de la piel periestomal fuera irregular creando una superficie regular

Evita que se produzcan fugas por los pliegues de la piel.

14. Retire el papel protector y centre el orificio realizado en el estoma, enganchando primero la parte inferior

15. Incorpore un filtro de carbón activado a la bolsa si fuera necesario

Evita que se formen gases en la bolsa y filtra los malos olores.

16. Cierre correctamente la pinza de la bolsa si esta fuera abierta

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Cambio de dispositivo de dos piezas:**

7. Desprenda la bolsa de la placa de arriba abajo.

Permite mantener las heces dentro de la bolsa.

8. retire los restos de heces del estoma con ayuda de papel higiénico.

9. Valore el estado de la placa y si es preciso cambie siguiendo los pasos 7 a 14 anteriores.

Evita cambios innecesarios que irritan la piel.

10. Coloque el anillo de la bolsa limpia sobre los bordes del aro de la placa.

11. Selle la bolsa a la placa de arriba abajo.

12. Compruebe que la bolsa ha quedado correctamente fijada a la placa.

Evita la caída accidental de la bolsa.

13. Cierre correctamente la pinza de la bolsa si esta fuera abierta.

Cambio de dispositivo de una sola pieza



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN!**

## POST - EJECUCIÓN

Deje al paciente cómodo y proporciónele bienestar y familia en lo referente a:

Eduque al paciente

- Elección del dispositivo adecuado para el paciente.
- La realización del cambio del dispositivo y el momento adecuado.
- La dieta y normas de higiene alimentaria.
- Prevención o detención de complicaciones en estoma, heces, piel y dispositivo.

Lávese las manos con lavado de manos higiénico.

Registre en la historia del paciente.

- Técnica ejecutada, día y hora.
- Tipo de estoma y piel periestomal.
- Tipo de dispositivo colocado.
- Problemas presentados u observados.
- Respuesta del paciente.
- Firme.

### COMPLICACIONES.

- Ansiedad o temor.
- Alteración de la imagen corporal.
- Dolor.
- Deterioro de la integridad cutánea.
- Infección.

### CONSIDERACIONES ESPECIALES.

- o Valorar la reacción emocional del paciente y hablar con él en caso de que muestre ansiedad o temor ante la nueva situación.
- c Informar al paciente de que es normal que el estoma pueda sangrar durante la higiene
- c Reafirmar verbalmente cualquier progreso en el autocuidado.
- c Informar al paciente que su vida cotidiana no ha de cambiar por el hecho de que le hayan practicado un estoma
- c Evitar deportes de contacto directo para evitar traumatismo en el estoma.
- c Informar progresivamente al paciente sobre el auto cuidado, alimentación, vestido, deporte trabajo relación con los demás y viajes
- c Evitar realizar el cambio de dispositivo y la supervisión del mismo en presencia de otras personas en horas cercanas a la visita ya que el olor podría avergonzarle
- c Evitar hacer el cambio de dispositivo en horas cercanas a la comida ya que el olor puede reducir el apetito
- c Colocar una bolsa transparente sin filtro y abierta en el post operatorio inmediato lo que permitira evaluar el estoma controlar el comienzo del peristaltismo por emisión de gases y cambiarla sin necesidad de cambiarla
- c No retirar el dispositivo bruscamente para no lesionar la piel ni causar dolor
- c Informar al paciente sobre la existencia de asociaciones de ostomizados

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

5. CUIDADOS PREOPERATORIOS  
Y  
CUIDADOS POST OPERATORIOS.

LA PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA LA CIRUGÍA IMPLICA ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS QUE AYUDAN A REDUCIR LA ANSIEDAD, ASEGURAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y REDUCIR LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES. ES NECESARIA UNA VALORACIÓN ENFERMERA EXHAUSTIVA PARA DOCUMENTAR LOS DATOS BASEALES PARA FUTURAS COMPARACIONES, DETERMINAR LAS NECESIDADES EDUCATIVAS E IDENTIFICAR A LOS PACIENTES CON RIESGO DE SUFRIR COMPLICACIONES.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CUIDADOS PRE Y POST- OPERATORIOS.

### Definición:

**Preoperatorio.** Es la preparación física y psíquica del paciente antes de su intervención quirúrgica, inicia desde la admisión al hospital hasta la hora de la cirugía.

### Post operatorio.

Comienza cuando la intervención quirúrgica acaba y el paciente ingresa a el área de recuperación. Su duración depende del tiempo necesario para la recuperación del estrés y de la alteración causada por la cirugía y anestesia.

### OBJETIVOS.

Identificar los posibles factores de riesgo o anomalías durante la valoración pre operatorias y post operatorias del paciente.

### OBJETIVOS DE ENFERMERIA.

Formular un plan individualizado de asistencia de enfermería para el paciente en el preoperatorio y en el post operatorio.

### CUIDADOS PREOPERATORIOS

El personal de enfermería desempeña un importante papel durante el preoperatorio. La asistencia de enfermería en este periodo influye sobre la experiencia perioperatoria global del enfermo. Una adecuada preparación mediante una completa valoración, tratamiento del riesgo e instrucción, permite una evolución operatoria y una recuperación más fáciles. No existe una experiencia preoperatoria rutinaria, puesto que esta es única de cada persona y el desafío del personal de enfermería consiste en identificar, planear y proporcionar una asistencia que cubra las necesidades específicas de cada paciente.

La experiencia y la percepción de la cirugía son distintas en cada caso. la cirugía es una amenaza real o potencial para la integridad del organismo e interfiere en su normal funcionamiento.

El paciente esta sufriendo una lesión o enfermedad personal y cambia sus hábitos personales aunque solo sea de forma temporal. Los hábitos del sueño, comida, socialización y practica de actividades espirituales pueden quedar interrumpidas.

El temor, la molestia, la inmovilización, dependencia y alteración de la vida y del organismo activado de la cirugía despiertan una fuerte de respuestas emocionales, los temores que pueden asociarse con la cirugía y a la anestesia son:

1. periodo de control. Asociado en especial a ala anestesia, los pacientes pueden estar preocupados sobre sus acciones o verbalizaciones mientras están bajo los efectos de la anestesia y fármacos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

2. Temor a lo desconocido. Puede deberse a la incertidumbre en relación con el resultado de la cirugía.
3. Temor a la anestesia. Puede consistir en miedo a una inducción desagradable o a que se produzcan imprevistos durante la anestesia.
4. Temor al dolor o a una analgesia postoperatoria inadecuada.
5. Temor a la muerte. Constituye un miedo legítimo a pesar de los grandes progresos realizados en la cirugía y anestesia no existe ninguna intervención ni anestesia totalmente seguros en todos los casos.
6. Temor a la separación del grupo de apoyo habitual. Quedar separado de su cónyuge, familia u otros grupos de apoyo y pasar a ser cuidado por un grupo de extraños durante casi todo este periodo es estresante.
7. Temor a la alteración de los patrones de vida. La cirugía y la recuperación intervienen en forma variable en las actividades cotidianas. (sociales, de trabajo, profesionales etc.)
8. Temor a la mutilación o pérdida de una parte del cuerpo. La cirugía altera la integridad corporal y amenaza a la misma imagen corporal.

Se han detectado tres patrones distintos de afrontamiento en los pacientes preoperatorios:

- a) Elevado temor anticipatorio: presenta un alto nivel de ansiedad y temor a la mutilación o a la muerte, y pueden continuar en un estado de extrema ansiedad tras la intervención.
- b) Moderado temor anticipatorio: están ocasionalmente preocupados y se muestran ansiosos ante detalles específicos de la intervención, tienden a cooperar y a participar en su asistencia post operatoria.
- c) Escaso temor anticipatorio: no muestra ansiedad y si una visión demasiado optimista del resultado.

## CUIDADOS DE ENFERMERIA

### VALORACIÓN FÍSICA

Proporciona datos basales como talla, peso, signos vitales y estado neurológico. Debe registrarse la valoración de nivel de conciencia, orientación y capacidad para cumplir las ordenes. El personal de enfermería debe estar alerta frente a los signos de deshidratación o alteración de la nutrición, debe registrarse la amplitud de movimientos y cualquier limitación física por pequeña que está sea.

### HISTORIA QUIRURGICA

El conocimiento de las experiencias del paciente en cuanto a intervenciones previas ayuda a identificar los posibles problemas que se pueden presentar.

Si el paciente ha sufrido ya una intervención quirúrgica, deberán documentarse la fecha, el tipo de intervención y la razón de la misma así como la aparición de complicaciones, como infección, hemorragias, dificultades respiratorias o tromboembolismo.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

En la historia deben documentarse cuidadosamente la medicación que recibe el paciente en el momento de la intervención y lo que ha interrumpido recientemente así como las alergias y las sensibilidades farmacológicas.

#### ENFERMEDADES PREVIAS.

Algunas enfermedades previas aumentan el riesgo de la cirugía y de la anestesia contribuyen a los problemas perioperatorios y pueden indicar las necesidades de valoraciones más profundas de los sistemas orgánicos afectados.

El reconocimiento de los cuadros agudos y crónicos ayuda al personal de enfermería a prevenir los posibles problemas y a reconocer las necesidades especiales.

#### VALORACIÓN MENTAL Y PSICOSOCIAL.

Los pacientes que esperan una intervención quirúrgica suelen experimentar distintos miedos y esperanzas. El personal de enfermería debe determinar las percepciones, emociones, conductas y sistemas de apoyo que pueden ayudar o interferir en la capacidad del paciente para progresar durante el periodo quirúrgico.

La información que el personal de enfermería debe recabar puede obtenerse mediante una cuidadosa y dirigida interacción con el paciente, la valoración psicosocial del paciente quirúrgico incluyen:

- percepciones generales sobre la cirugía.
- Procesos sensoriales y de pensamiento.
- Atención y las concentraciones durante la cirugía.
- Actitud y motivación
- Nivel de ansiedad y temores específicos.
- Autoestima y conceptos de sí mismo.
- Apoyo a personas allegadas.
- Valores psicológicos y mecanismos de afrontamiento.

#### PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN.

El tiempo necesario para la preparación preoperatoria va a ser considerable de unas personas a otras dependiendo de la situación individual. Por lo general los estudios analíticos y las pruebas medicas realizadas en los treinta días anteriores a la intervención son aceptables, siempre que no se hayan producido entre tantos cambios en el estado del paciente.

##### a) NUTRICION.

Los pacientes programados para intervenciones con anestesia local o sin anestesia pueden tomar un desayuno ligero o líquidos claros en el día de la intervención; los que van a ser sometidos a anestesia general o regional no pueden comer ni beber desde 6 - 8 horas antes de la intervención.

TESIS CON  
FOLIA DE ORIGEN

Es habitual prohibir los alimentos y bebidas desde la media noche anterior hasta el momento de la intervención; de este modo se reduce el riesgo de aspiración de contenido gástrico hacia los pulmones durante la anestesia.

Cuando la cirugía afecta a la cavidad abdominal que implique el estomago, intestino o recto, se puede ordenar una preparación intestinal que consiste en vaciar el intestino y reducir su contenido bacteriano, lo cual se lleva acabo mediante enemas, laxantes, antibióticos. Para reducir la deshidratación puede administrarse líquidos por goteo intravenoso.

#### b) ELIMINACIÓN.

Se debe instruir a los pacientes para que vacíen sus vejigas inmediatamente antes de ser trasladados al quirófano o de recibir la medicación preoperatoria. Se evita con ello la distensión vesical o la incontinencia durante la anestesia y a cirugía, los enemas y los laxantes no se administran sistemáticamente salvo lo expuesto con la cirugía abdominal.

#### c) HIGIENE.

Los objetivos de la preparación cutánea son eliminar la suciedad y los microbios de la piel e inhibir un nuevo crecimiento microbiano junto con la menor irritación posible del tejido, el paciente puede haber sido instruido por el cirujano para que lave o cepille con jabón o solución antimicrobiana la zona corporal sobre la que se hará la intervención.

El afeitado del campo operatorio solo debe hacerse cuando sea necesario los depilatorios y las afeitadoras eléctricas para eliminar el pelo se usan solo antes de la llegada del enfermo al quirófano. El afeitado del campo operatorio se debe limitar a la zona más pequeña, razonable y hacerse inmediatamente antes de la intervención.

El personal de enfermería pedirá al paciente quirúrgico que se quite cualquier maquillaje facial o corporal antes de entrar en el área quirúrgica.

#### d) OBJETOS DE VALOR Y PRÓTESIS.

El enfermo no debe llevar joyas cuando llegue al quirófano, los objetos de valor deben dejarse a los familiares o etiquetarlos claramente y guardarlos según políticas institucionales. Algunos pacientes pueden resistirse enérgicamente a que se retire un anillo o deseen conservar una medalla u objeto religioso. Muchos pacientes se muestran mas comprensivos si se les explica que estas medidas se toman por su seguridad y protección, los objetos metálicos pueden producir quemaduras cuando se utiliza bisturí eléctrico las arquillas pueden lesionar el cuero cabelludo y los anillos detener la circulación de los dedos al hincharse durante la intervención, hay que documentar todas las prótesis y si no son necesarios retirarlas y guardarlas antes de la intervención, las lentillas de contacto deben quitarse, si se dejan en los ojos pueden provocar úlceras de la cornea o desplazamiento. Los aparatos de ortodoncia deben retirarse para evitar que se despiacen hacia la garganta donde pueden ser aspirados y provocar una obstrucción durante la inducción de la anestesia.

TEES CON  
FALSA DE ORIGEN

#### e) MEDICACIÓN.

La farmacoterapia puede dar lugar a problemas intra operatorios que deben tenerse en cuenta en la preparación preoperatoria. La administración de todos los fármacos debe mantenerse durante el perioperatorio incluyendo el día de la operación.

Algunos que deben interrumpirse o ajustar su posología antes de la intervención son los coagulantes como la aspirina (aumenta la pérdida de sangre) inhibidores de la monoaminoxidasa ( provoca interacciones con algunos anestésicos) hipoglucemiantes ( provoca hipoglucemia cuando se interrumpe la vía oral). Cuando se administran medicamentos preoperatorios hay que advertir al paciente sobre sus efectos y protegerlo de las lesiones.

#### f) CAMBIOS DE POSTURA Y MOVIMIENTOS CORPORALES.

Para prevenir la éxtasis venosa y mejorar el tono muscular , la circulación y función respiratoria, es necesario enseñar y estimular el movimiento del paciente tras la intervención , mientras permanece en cama debe moverse hacia uno y otro lado cada dos horas, las extremidades se pueden ejercitar flexionando, extendiendo y rotando los tobillos, rodillas y caderas, muñecas, codos y hombros.

Hay que informar al paciente estimulándolo para que se levante y deambulen lo antes posible

#### g) TRATAMIENTO DEL DOLOR.

La mayoría de los pacientes aunque no todos experimentan cierto grado de dolor después de la cirugía, el dolor pos quirúrgico contribuye al malestar del paciente y a rebasar su recuperación, pudiendo poner en peligro el resultado final. La preparación pre operatoria debe constar de:

- Comentar experiencias previas del paciente referidas al dolor.
- Facilitar al paciente sobre los tratamientos del dolor.
- Desarrollar un plan junto con el paciente para tratar el dolor.
- Proporcionar información e instrucción sobre los opciones no farmacológicas para controlar el dolor
- Insistir que manifieste el dolor no calmado.

#### EVALUACIÓN

Esta relacionada con los objetivos de enfermería específicos establecidos para el preoperatorio de cada paciente y cubre la recogida de datos y la preparación para la cirugía y la anestesia la reducción de la ansiedad y la educación preoperatoria Todos los datos pertinentes deben quedar claramente documentados en la historia clínica del paciente El paciente debe mostrar un conocimiento general de la evolución de los acontecimientos perioperatorios y de la asistencia pos operatoria



Antes de trasladar al enfermo para la intervención hay que registrar en su documentación: signos vitales, alergias, estado neurológico, estado de la piel, prótesis, necesidades especiales del enfermo, instrucción del paciente historia clínica completa, además: estudios patológicos, valores analíticos, electrocardiográficos, medicación preoperatoria, consultas efectuadas etc.

#### PREPARACIÓN POST OPERATORIA.

El post operatorio puede dividirse en dos fases, la primera es el post operatorio inmediato, que se caracteriza por la recuperación inicial del estrés de la anestesia y la cirugía durante las primeras horas siguientes de la intervención. La segunda es el periodo de resolución y curación que incluso puede llegar a ser incluso de meses en caso de intervenciones mayores, aunque no existe una línea divisora clara entre la fase inicial de la recuperación post operatoria y la segunda fase.

#### POST OPERATORIO INMEDIATO.

##### a) Recuperación de la anestesia.

Tras una anestesia general la recuperación de la función cognoscitiva y de la habilidad motora puede requerir hasta 48 horas en recuperar los valores pre anestésicos. Sin embargo los efectos más pronunciados de la anestesia se suelen disipar antes de que el paciente sea trasladado a recuperación.

Casi todos los pacientes pasan de los 30 minutos y algunas horas en la sala de recuperación, intervalo durante el cual se estabilizan y despiertan, recuperándose de los efectos residuales de los anestésicos.

Los principales objetivos de enfermería en el post operatorio inmediato son:

- Mantener la permeabilidad de la vía aérea
- Garantizar la seguridad del paciente.
- Estabilizar signos vitales.
- Disipar anestesia residual.
- Aliviar el dolor.
- Tranquilizar emocionalmente al paciente y reducir la ansiedad.

Durante este periodo de recuperación, el personal de enfermería debe valorar al paciente, poner en practica las medidas de enfermería en el postoperatorio inmediato y valorar y modificar la asistencia periooperatoria según las necesidades del paciente.

##### b) Familia.

La mayoría de los cirujanos hablan con la familia inmediatamente después de la intervención, informándola brevemente de lo que se ha hecho y del estado del paciente.

El personal de enfermería debe conocer que se ha dicho al enfermo y a la familia para responder sus preguntas, en ocasiones se permite la visita cuando el paciente se ha estabilizado y esta alerta, ya que hay casos en que la visita puede resultar útil, tanto

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

para el paciente como para la familia, sobre todo si se trata de niños o de enfermos muy aprensivos.

#### CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

Desde el quirófano el paciente es trasladado a la sala de recuperación acompañado del personal de enfermería y de anestesia . Al llegar a la unidad, el personal de enfermería de post anestesia recibe un informe del personal de enfermería de quirófano y de anestesia, los aspectos mas importantes para el personal de enfermería de post anestesia son :

- Estado preoperatorio y hallazgos operatorios pertinentes.
- Técnica anestésica utilizada.
- Fármacos utilizados en el quirófano.
- Técnica quirúrgica efectuada y duración de la misma.
- Líquidos y sangre perdidos o administrados durante la cirugía.
- Complicaciones o acontecimientos no habituales.

En la sala de recuperación se realizan valoraciones de enfermería, inicialmente algunos pacientes necesitan una asistencia constante hasta que se estabilizan o se despiertan, los signos vitales se registran al instante y cada cinco minutos hasta que el paciente se estabiliza.

Una vez que el paciente ha conseguido estabilizar sus signos vitales, esto se estabiliza cada quince o treinta durante su permanencia en la sala de recuperación.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## EJECUCIÓN.

### a) REGIMEN DE « DESPERTAR »

Una importante actividad del personal de enfermería en la sala de recuperación es el régimen de despertar o de estimular dirigido a movilizar al paciente, facilitar un intercambio gaseoso y reducir complicaciones. Un importante requisito para mejorar la aceptación y el seguimiento del régimen de despertar por parte del paciente es la enseñanza preoperatoria adecuada. El paciente puede llegar a necesitar intercambio gaseoso ya que los anestésicos generales son potentes depresores respiratorios, a no ser que este contraindicado hay que estimular al paciente para que haga varias respiraciones profundas cada 5 o 10 minutos mientras esta en recuperación, la maniobra de inspiración máxima sostenida es eficaz sobre todo para evitar o reducir al mínimo las complicaciones pulmonares post operatorias.

Del mismo modo cuando los pacientes llegan a la sala de recuperación, las mejores posturas suelen ser la semi prona o la decúbito lateral ya que facilita el mantenimiento de la permeabilidad de la vía aérea en los pacientes principalmente en anestesiados reduce el riesgo de aspiración y facilita la ventilación de los lóbulos pulmonares inferiores. Para disminuir o evitar la atelectasia y el estasis venoso es necesario cambiar a menudo de postura al enfermo.

Una analgesia precoz y eficaz reduce la contractura muscular refleja y el consiguiente compromiso respiratorio. La analgesia mejora la función respiratoria y disminuye la demanda de oxígeno ya que reduce el trabajo miocárdico relacionado con la respiración de estrés provocada por dolor.

La asistencia de enfermería a los pacientes que han recibido anestesia regional consiste en la valoración y documentación de la amplitud del bloqueo nervioso. Esta valoración no solo determina cual ha sido la localización de la anestesia, sino también la presencia de una menor sensibilidad, el grado de adecuación de la circulación y la presencia o ausencia de función y control musculares. La asistencia de enfermería incluye una postura fisiológica segura de los miembros afectados para recuperar sensibilidad.

Cuando las zonas del organismo afectado son amplias, el bloqueo de la función autónoma induce hipotensión. Es necesario monitorizar la presión arterial, pulso y respiración y comunicar complicaciones. Otras complicaciones son la cefalea secundaria a la punción lumbar ocasionada por la pérdida de líquido cefalorraquídeo con el consiguiente descenso de la presión.

### b) SEGURIDAD DEL PACIENTE.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Cuando el paciente sufre los efectos residuales de los fármacos anestésicos las posibilidades de lesión son grandes, los pacientes pueden mostrar una conducta inquieta o desorientada cuando salen de la anestesia y deben ser protegidos para que no se autolesionen o retiren los apósitos, drenajes, soluciones IV, catéteres o el

equipo de monitorización. Es esencial mantener un constante control de enfermería para detectar posibles fuentes de lesión.

#### b) PROBLEMAS POST ANESTESICOS HABITUALES.

En la sala de recuperación pueden producirse un gran número de problemas o complicaciones, las más frecuentes son :

- ✓ Apnea
- ✓ Hipoventilación
- ✓ Hipoxia
- ✓ Hipotensión e hipertensión

Las medidas de enfermería para mejorar la función respiratoria en el post operatorio consiste en la aplicación de un régimen de despertar y administrar oxígeno suplementaria

#### EVALUACIÓN.

Cuando el paciente se ha recuperado de los efectos de la anestesia, sus signos vitales se han estabilizado, se ha tratado eficazmente el dolor y se han controlado sus complicaciones puede ser dado de alta de recuperación, la puntuación post anestesia en casi todos los casos debe ser al menos de 9 o 10 en el registro de la sala de recuperación quedara documentada la valoración de enfermería final del paciente.

#### PERIODO POST OPERATORIO TARDIO.

Durante la segunda fase del post operatorio se resuelven las alteraciones fisiológicas y psicológicas y los desequilibrios asociados a la cirugía anestesia y curación. Si esta resolución y cicatrización no se produce, el paciente no se recuperará del estrés a la experiencia operatoria.

#### CUIDADOS DE ENFERMERIA.

La valoración post operatoria continua durante todo el periodo post operatorio. Esta valoración permite al personal de enfermería seguir la recuperación post operatoria del paciente y detectar el desarrollo de complicaciones reales o potenciales. Es esencial hacer una valoración completa prestando especial atención a la función respiratoria y cardiovascular a la comodidad y seguridad y a las necesidades psicosociales.

#### PLANIFICACIÓN / RESULTADOS.

Los objetivos propios de este periodo consisten en mantener el funcionamiento psicosocial, favorecer la cicatrización y conseguir el retorno a una salud optima. Entre los objetivos de enfermería se hallan la prevención o el tratamiento del dolor post operatorio, la vuelta del paciente a su máximo nivel de funcionalidad y asistencia dirigida a las complicaciones reales o potenciales posibles.



## EJECUCIÓN.

### a) DOLOR POS OPERATORIO.

El dolor post operatorio es uno de los mayores temores de los pacientes que van a ser intervenidos, el dolor es un fenómeno complejo y su manifestación intervienen factores muy diversos. El dolor post operatorio mas habitual es el que se debe a la lesión de los tejidos durante la cirugía.

El dolor intenso se ha asociado a un incremento de los niveles de catecolaminas que ocasionan un aumento de la tensión arterial y puede causar arritmias. Tras la intervención, una valoración frecuente, la tranquilización y modificaciones adecuadas del plan de control del dolor garantizan un alivio adecuado.

### b) ALTERACIONES DEL INTERCAMBIO GASEOSO.

Tras la anestesia y la cirugía, los pacientes presentan una reducción en su función pulmonar. El principal factor de esta disminución es la reducción de los volúmenes pulmonares ocasionados por un patrón respiratorio superficial, monótono y sin suspiros, propios del periodo post operatorio.

Este patrón respiratorio se debe a los efectos del dolor, analgésicos y a la inmovilidad. La irritación, el traumatismo o la contaminación del árbol traqueobronquial durante la anestesia y la depresión ciliar y depuración del moco producida por la anestesia y administración de narcóticos.

La percusión del tórax y el drenaje postural son maniobras adicionales que facilitan el movimiento de secreciones hacia las vías aéreas de mayor calibre.

### c) CICATRIZACION DE HERIDAS.

La cicatrización tiene tres fases: inflamación, proliferación y maduración. Inicialmente se forma un exudado que contiene sangre, linfa y fibrina y que mantiene firmemente unidos los bordes de la herida; aumenta la proliferación e irrigación de leucocitos. Durante esta fase, la capacidad de sostén de la herida apenas aumenta, siendo las suturas las que mantienen unidos los bordes, se debe examinar la aproximación de la línea de sutura de la herida. Observar en busca de edema, hemorragia, buscar signos de infección, eritema, drenaje, tensión de la sutura, maduración. No quitar el apósito el drenaje y la hemorragia se pueden monitorizar rodeando con un círculo el drenaje existente en el apósito y observando si aumenta de tamaño. Observar la cicatrización de la herida por segunda intención en busca de tejido de granulación, valorando la integridad y color del tejido. La cicatrización de la herida puede alterarse por deshidratación o separación completa o parcial de sus bordes, la nutrición, deficiencia de proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales, o infección por contaminación bacteriana.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

#### □ MANTENIMIENTO DE LA CIRCULACIÓN.

Tras la intervención quirúrgica se pueden formar coágulos en venas grandes de la pelvis y extremidades inferiores, un coágulo en una vena «trombo» puede alterar la circulación o bien un fragmento del mismo puede desprenderse y viajar por el torrente hasta el corazón o los pulmones, causando embolia pulmonar.

#### □ MANTENIMIENTO DE LA FUNCIÓN URINARIA.

La causa de la retención son los traumatismos sobre vejiga o su innervación en intervenciones realizadas en la proximidad del órgano, el edema al redor del cuello vesical y espasmo reflejo de los esfínteres que pueden acompañarse de dolor o a la ansiedad y los anestésicos provocan retención.

La actuación de enfermería para facilitar la micción consiste en deambulación y postura normal para orinar.

#### □ MANTENIMIENTO GASTROINTESTINAL.

Nausea y vomito pueden obedecer a múltiples causas, como la medicación, distensión gástrica, manipulación, dolor, shock, factores psicológicos.

El hipo ocasionado por la cirugía en zonas próximas al nervio frenico, la peritonitis, la obstrucción intestinal y alteraciones ácido-base, estreñimiento, se debe a una disminución de la movilidad gástrica intestinal y es consecuencia de la administración de analgésicos o de la alteración de la ingesta dietética.

#### EVALUACIÓN.

El paciente puede lograr una recuperación post operatoria completa y sin complicaciones en un tiempo corto, necesitar una recuperación post operatoria prolongada o no recuperar nunca el nivel de funcionamiento.

Los objetivos de enfermería consisten en determinar el grado de adecuación, eficacia y necesidad de continua la asistencia de enfermería, con el objetivo último de que el paciente alcance el grado de salud tal que las nuevas actuaciones de enfermería dejen de ser necesarias.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 6. DESCANSO Y SUEÑO.

CUANDO HAY QUE CUIDAR A LOS PACIENTES QUE NECESITAN PERMANECER EN CAMA DURANTE UN PERIODO DE TIEMPO PROLONGADO ES IMPORTANTE INTENTAR QUE EL AMBIENTE LE SEA LO MAS COMODO POSIBLE LA CAMA ES EL EQUIPO QUE MAS UTILIZARA Y DEBE DISEÑARSE Y ARREGLARSE PARA DAR COMODIDAD Y SEGURIDAD.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## PREPARACIÓN DE CAMA Y HABITACIÓN.

Definición: Técnicas por medio de las cuales se le proporciona higiene y bienestar al paciente encamado.

Objetivo:

- Proporcionar higiene y bienestar al paciente.

Objetivos de Enfermería:

- Mantener un aspecto agradable de la habitación.
- Proporcionar higiene y bienestar al paciente encamado.

PREPARACIÓN.

- DE LA ENFERMERA.

Lávase las manos con lavado de manos higiénico.

Póngase guantes no estériles.  
(para deshacer la cama)

- DEL MATERIAL

Dos sábanas.

Una colcha

Funda de almohada.

Una travesera sustituirlo con una sabana doblada longitudinalmente. Una toalla.

Funda para colchón si se utiliza.

Mantas, la cantidad dependerá de la temperatura de la habitación y hábitos del paciente.

Bolsa de lavandería.

- DEL PACIENTE.

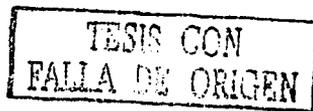
Informe al paciente de la técnica que va a realizar.

FUNDAMENTACION.

Disminuye la transmisión de microorganismo.

Evita el contacto directo con la ropa

Disminuye su ansiedad y facilita su colaboración.



## EJECUCIÓN.

### CAMA DESOCUPADA.

1. Averigue si la cama será ocupada por el mismo paciente.

Permite realizar la limpieza de la cama antes del cambio de ropa si el paciente es otro .

2. Las preferencias del paciente respecto a la ropa de cama y número de almohadas que precisa o requiere.

Mantiene los hábitos del paciente; permite conocer previamente la cantidad de ropa que se ocupará.

3. Reúna toda la ropa de cama antes de iniciarse el cambio de la misma.

Evita la manipulación de ropa limpia mientras se realiza la técnica.

4. Habitualmente se cambia la ropa de la cama una vez al día como mínimo excepto la colcha que si no es preciso que se cambie a días alternos, en cuanto a la manta, se mantiene la misma durante la estancia del paciente.

Cada institución tiene sus normas, cualquier pieza de ropa se debe cambiar siempre que sea preciso por sudor, o manchas.

5. Lavese las manos y pongase guantes.

Evita la transmisión de microorganismos.

6. Baje la cabecera hasta dejar la cama totalmente plana y suba la cama hasta una posición adecuada para trabajar.

Permite trabajar con mayor facilidad.

7. Si la colcha no se tiene que cambiar pliéguela y colóquela encima de una silla así como las mantas si las hay y las almohadas una vez desenfundadas.

Tener todo lo necesario y en orden de uso evita viajes innecesarios.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

8. Traiga la ropa limpia y colóquela sobre una silla en el orden en que se va a utilizar.
9. Coloque la funda de colchón si se utiliza.
10. Coloque la sábana plegada sobre el colchón : despliéguela sin levantarla a lo largo de este.
11. Levante la cabecera del colchón con una mano, estirando la sábana con la otra mano a la vez que se introduce esa parte de sábana debajo de la cabecera.
12. Realice el pliegue de escuadra, con la parte de sábana que cuelga de los laterales
13. Repita los pasos 11 y 12 en el extremo de los pies.
14. Doble la sábana debajo del colchón hasta los laterales de la cabecera y la zona de los pies
15. Coloque una travesera en el centro de la cama, en su defecto pliegue por la mitad una sábana limpia en sentido longitudinal, céntrala sobre la cama y remeta lo sobrante debajo del colchón.
16. Coloque una nueva sabana en el centro del colchón y despliéguela longitudinalmente sin levantarla.
17. Realice el paso anterior con la manta y la colcha, el borde superior de ambas debe quedar aproximadamente 20 cm más abajo del borde superior de la sabana encimera
18. Doble el borde superior de la sabana encimera sobre la colcha.
19. Realice el pliegue de escuadra en la zona de los pies
20. Enfunde la almohada y colóquela en la cabecera de la cama
21. Coloque una toalla plegada en la zona de la cabecera debajo de la almohada

Evita los movimientos de partículas de polvo u otros microorganismos.

Evita que se queden arrugas.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Permite cambiar solo la travesera si el paciente mancha ( supuraciones, micciones involuntarias, etc).

Hacer primero un lado lo mas completamente antes de ir al otro lado evita pérdidas de tiempo y ahorro energético.

## CAMA OCUPADA.

1. Averigüe el grado de dependencia del paciente.
2. Los hábitos del paciente en lo referente a la ropa de cama.
3. El estado de salud.
4. Si hay que realizarle higiene al paciente.
5. Generalmente se cambia la ropa de cama una vez al día como mínimo excepto la colcha que si no es preciso se cambia a días alternos, en cuanto a la manta se mantiene durante toda la estancia del paciente.
6. Lávese las manos y póngase guantes.
7. Aísle al paciente si la habitación es compartida.
8. Traiga la ropa necesaria y colóquela sobre una silla en el orden en que se va a utilizar.
9. Colóquense las dos personas que van a realizar la técnica, una de cada lado de la cama.
10. Baje la cabecera de la cama, si el estado de salud del paciente lo permite y retire las almohadas a la vez que las desenfunda.

Nos orienta sobre el nivel de participación que podrá mostrar el paciente.

Mantiene los hábitos del paciente.

Nos orienta sobre la tolerancia a la actividad.

La cama debe hacerse al realizar el baño en cama.

Averigüe las normas de la institución.

Evita la transmisión de microorganismos.

Proporciona intimidad.

Evita interrupciones en la realización de la técnica.

Ayuda a movilizar al paciente y evita accidentes.

Permite trabajar con mayor comodidad y con ello se consigue que las sábanas queden lisas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

11. Deje suelta la ropa de la cama de los lados y de los pies del colchón.
12. Doble la colcha en abanico de la parte superior a la inferior si no es necesario cambiarla. Haga lo mismo con las mantas si las hay.
13. Mantenga al paciente tapado con la sabana superior.
14. Levante la baranda del lado opuesto de la cama.
15. Ayude al paciente a colocarse en decúbito lateral hacia el lado de la baranda asegúrese de que la otra persona que le ayuda lo mantiene en esta posición, a la vez que cuida y sujeta los aparatos que puede llevar el paciente.
16. Enrolle la ropa sucia a lo largo hasta la mitad de la cama, sabana bajera y travesera juntas.
17. Despliegue la sabana bajera limpia, colóquela sobre el colchón y fíjela debajo de la cabecera y la zona de los pies realizando el pliegue en escuadra.
18. Enrolle el resto de la sabana sobre si mismo a lo largo hasta la mitad de la cama, de tal manera que los dos rollos de ropa sucia y limpia se encuentren.

Evita que se arrugue la ropa.

Preserva la intimidad.

Evita accidentes al voltear al paciente.

Disminuye el tiempo de ejecución.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

19. Despliegue la sabana travesera, en su defecto pliegue una sabana en sentido longitudinal, centrela en la cama y recójalo debajo del colchón en el lado que esta trabajando.
20. Realice el paso 18 con la sabana travesera.
21. Suba la baranda de ese lado y ayude al paciente a darse la vuelta hacia el lado contrario, a la vez que cuida de todos los mecanismos que pueda llevar implantados.
22. Cambiense de lado con la otra persona que le ayuda.
23. Retire la sabana bajera y la travesera sucias colóquelas dentro de la bolsa de la lavandería evitando que tenga contacto con su uniforme.
24. Estire la sabana bajera limpia y fijela debajo del colchón, realice los pliegues en escuadra en la cabecera y en la zona de los pies.
25. Estire también por separado la travesera, remétala por debajo del colchón.
26. Ayude al paciente a colocarse en posición cómoda.
27. Extienda la sabana encimera limpia sobre la sucia, sujete con una mano la limpia y con la otra retire la sucia.

Permite cambiar con mayor facilidad la ropa de cama si el paciente la mancha.

Evita que el paciente se caiga, si no hay barandilla debe colocarse una persona para sujetarlo.

Evita la formación de arrugas.

Evita destapar innecesariamente al paciente y preserva la intimidad.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

28. Enfunde las almohadas y colóquelas a gusto del paciente o en posición correcta, si es necesario para corregir posiciones.
29. Coloque las mantas si las precisa y la colcha, el borde superior de ambas debe quedar aproximadamente 20 cm mas abajo del borde superior de la sabana encimera, doble esta por encima de la colcha.
30. Realice el pliegue de escuadra en la zona de los pies y dé un pequeño tirón a la ropa de esta zona para que no ejerza presión sobre la misma.
31. Levante el cabezal según hábitos y / o necesidad del paciente. En algunos casos , dependiendo del estado de salud del paciente, el cambio de ropa se ha de realizar un sentido longitudinal en lugar de realizarlo transversalmente.

Evita que la ropa de cama de los pies ejerza presión sobre éstos el roce continuo puede ocasionar irritación de la piel.

## CAMA QUIRÚRGICA.

1. Averigüe la hora prevista de llegada del paciente a la unidad.
2. Por que lado se colocará en la cama al paciente.
3. Reunir el material necesario.
4. Lávese las manos y póngase guantes.
5. Traiga la ropa de cama que precise necesaria y dispóngala sobre una silla en el orden en que se va a utilizar.
6. Baje la cabecera de la cama y déjela en posición horizontal.
7. Estire la funda del colchón si la hay evitando que queden arrugas.
8. Coloque la sabana bajera plegada en el centro del colchón y estírela desplegándola longitudinalmente sin sacudirla.
9. Coloque el extremo de los pies y de la cabecera debajo del colchón y realice el pliegue en escuadra en las cuatro esquinas.
10. Introduzca el resto de la sabana debajo del colchón a la vez que alisa con las manos las arrugas que puedan quedar.

Evita que la cama no este preparada para la llegada del paciente.  
Orienta respecto a que lado de la cama será abierta.

Evita la transmisión de microorganismos.

Permite estirar la ropa con mayor facilidad.

Evita el movimiento de partículas de polvo u otros microorganismos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

11. Coloque la travesera sin dejar arrugas y remeta lo que sobra por debajo del colchón en ambos lados.
12. Extienda a lo largo sobre la cama la sabana encimera, si la precisa y la colcha. El borde superior de estas últimas debe quedar aproximadamente 20 cm más debajo del borde superior de la sabana encimera.
13. Doble la sabana encimera en la zona de la cabecera y de los pies por encima de la colcha.
14. Determine por que lado de la cama se colocará al paciente.
15. Tome el extremo de la ropa de la cabecera del lado que entrara el paciente y dóblela en ángulo recto hacia el centro del colchón.
16. Repita el paso anterior con la ropa de la zona de los pies de tal manera que ambos dobleces formen un triángulo.
17. Tome el vértice externo de este triángulo y dóblelo hacia el lado contrario sobre sí mismo.
18. Vuelva a doblar de tal manera que la ropa quede doblada a lo largo en un lado de la cama.

Permite cambiar con mayor facilidad la ropa de cama si el paciente la mancha.

Para facilitar la transferencia del paciente.

Permite dejar sitio para el paciente.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## POST - EJECUCIÓN.

Deje al paciente cómodo y proporciónale bienestar.

Cierre la bolsa de la lavandería y retirela de la habitación.

Lávase las manos con lavado de manos higiénico.

Eduque al paciente y / o familiar como realizar el cambio de ropa de cama en casa.

Registre en la historia del paciente:

- problemas presentados u observados.
- técnica realizada día y hora.
- Respuesta del paciente.
- Firme.

## COMPLICACIONES.

- Infección.
- Deterioro de la integridad de la piel.
- Traumatismo.
- Intolerancia a la actividad.
- Trastornos del autoestima.
- Dolor.

## CONSIDERACIONES ESPECIALES.

Evitar que la ropa sucia tenga contacto con el uniforme, ya que puede contaminarse y transmitir microorganismos a otros pacientes

Procurar traer solo la ropa necesaria a cada habitación así se evitara que la ropa limpia se traslada de una habitación a otra

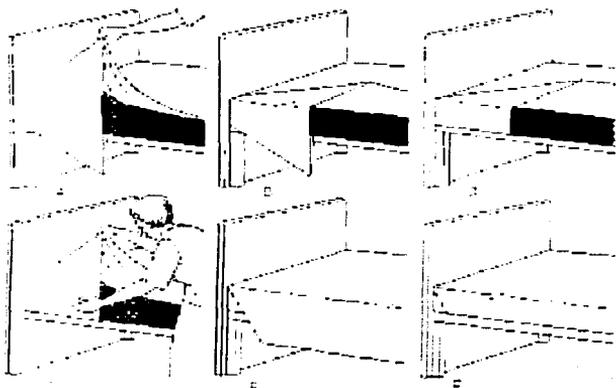
Evitar sacudir la ropa cuando se despliegue para colocarlo en la cama, de este modo no se levanta polvo y se impide la transmisión de microorganismos

Retirar la ropa sucia por pieza sin moverla demasiado y meterla enseguida a la bolsa de lavandería no dejarlo sobre sillas o encima de otras camas

Asegurarse que la ropa de cama que queda debajo del paciente esta completamente estirada sin ninguna arruga ya que podria ocasionar o favorecer lesiones cutáneas por presión

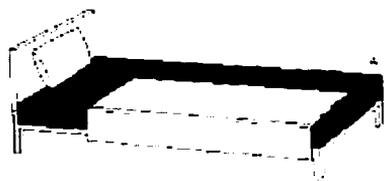
Comprobar que el paciente esta bien sujeto y protegido por las barandillas y que estan bien fijos todos los mecanismos que lleva implantados para evitar caídos de la cama o desconexión

- o Observar el nivel de fatiga del paciente durante la ejecución de la técnica y si es necesario facilitarle periodos de descanso.
- o Aprovechar mientras se hace la cama para establecer una buena comunicación con el paciente.
- o Evitar interrupciones durante la realización de la técnica.
- o Evitar destapar innecesariamente al paciente.
- o Comprobar que el paciente tiene suficiente espacio sobre la cama para que no se tenga que mover al desplegar la ropa de encima, ya que en el pos operatorio los movimientos pueden causar dolor.

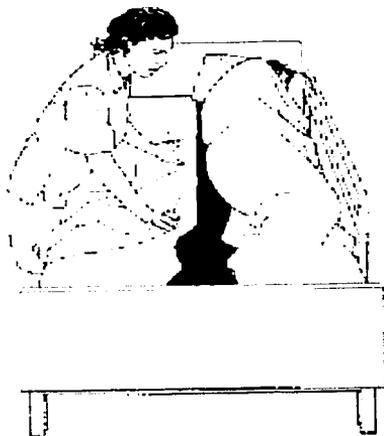


tendido de cama desocupada.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



tendido de cama quirúrgica.



tendido de cama ocupada.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 8. PRECAUCIONES ESTANDAR

ENTRE LOS PACIENTES Y PERSONAL SANITARIO DE UN CENTRO EXISTE EL RIESGO DE TRASMISIÓN DE UNA INFECCIÓN NOSOCOMIAL O ENFERMEDAD INFECCIOSA. CUANDO SE SABE QUE UN PACIENTE CONSTITUYE UNA FUENTE DE INFECCIÓN, EL PERSONAL SANITARIO DEBE SEGUIR UNA DIRECTRICES ESPECIFICAS PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## LAVADO DE MANOS.

Definición. Eliminación de microbios micro patógenos y macro patógenos de la piel por medios mecánicos.

### Objetivos.

- Prevenir la auto contaminación o alteración de la flora natural.

### Objetivos de Enfermería.

- Proteger contra la extensión directa o indirecta de microorganismos de una persona a otra.

## PREPARACIÓN.

- DE LA ENFERMERA.

Retírese de las manos las joyas.

Compruebe el tamaño de las uñas.

- DEL MATERIAL.

Lavado higiénico.  
agua corriente.  
Jabón neutro  
Toallas de papel

Lavado antiséptico  
agua corriente  
Jabón antiséptico  
Toalla de papel  
Palito de naranjo.

Lavado quirúrgico.  
agua corriente.  
Jabor antiséptico.  
Cepillo estéril  
Palito de naranjo  
Toalla estéril

## FUNDAMENTACION.

Incrementa el numero de microorganismos  
Tienen que estar cortas para evitar el deposito de microorganismos.

## EJECUCIÓN.

### LAVADO DE MANOS HIGIENICO.

1. Regular el flujo con agua tibia. Mójese las manos y aplique sobre ellas unos 3 - 5 ml de jabón y frótelas bien, especialmente por debajo de las uñas.
2. Aclare con agua abundante y séquese con una toalla de papel cerrando con ella el grifo.

### LAVADO DE MANOS ANTISÉPTICO.

1. Consiste en un lavado de manos higiénico en el que se sustituye el jabón normal por un antiséptico, insistiendo en los espacios interdigitales.

### LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO.

El lavado de manos quirúrgico requiere un poco mas de tiempo, unos 3 minutos y se realiza de la siguiente forma:

1. Regule el flujo con agua tibia. Mójese las manos y los antebrazos. Aplique unos 3 - 5 ml de jabón antiséptico en las manos insistiendo debajo de las uñas y en los espacios interdigitales y en los antebrazos con movimientos circulares hasta por encima del codo
2. Aclárese bajo el chorro de agua corriente manteniendo las manos mas elevadas que los codos
3. Aplique de nuevo jabón antiséptico y con un cepillo esteril cepílese las uñas utilizando un palito de naranjo para acabar con la suciedad
4. Aclare y lave de nuevo manos y antebrazos según el procedimiento anterior
5. Aclare y seque ambas manos y antebrazos de forma independiente con toalla esteril empezando de los dedos y finalizando en los codos.

Los movimientos circulares son más eficaces.

En esta posición el agua escurre hacia los codos evitando que los microorganismos vayan hacia las manos.

El cepillado debe utilizarse solo en las uñas en la piel lo puede erosionar y favorecer la contaminación microbiana.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## POST - EJECUCIÓN.

Recoja y limpie el material utilizado.

Eduque al familiar y / o paciente en:

- La forma correcta de realizar un lavado de manos en su domicilio.

## COMPLICACIONES

- Infecciones.

## CUBRE BOCA, GOGLES, ESCUDOS FACIALES, MASCARAS.

Definición: Medio por el cual se impide la entrada de gérmenes patógenos y líquido orgánico por nariz y boca.

Objetivo:

- Evitar la transmisión de microorganismos por gotitas y por el aire entre los pacientes y personal sanitario.

Objetivo de Enfermería:

- Reducir la diseminación de microorganismos y el contagio por la vía aérea o por gotitas

## PREPARACIÓN.

- DE LA ENFERMERA.

Lávese las manos con lavado de manos higiénico

- DEL MATERIAL

-Mascarillas desechables

- DEL PACIENTE

Informe al paciente del motivo de utilizar la mascarilla

## FUNDAMENTACION.

Disminuye la transmisión de microorganismos.

Disminuye su ansiedad y facilita su colaboración

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## EJECUCIÓN.

1. Averigüe el estado de salud del paciente y la técnica que va a realizar.

Permite valorar su uso en pacientes inmunosuprimidos, así como en aquellas personas que presentan enfermedades transmisibles por gotitas y por aire, como la varicela, TBC, activa, meningitis etc. Es técnicas en que pueda haber salpicaduras de sangre y / o líquidos orgánicos, se utiliza como medida preventiva.

2. Coja la mascarilla y vea si existe una fina lengüeta metálica en el borde central.
3. Coja las dos cintas que comprenden a dicho borde y átelas a la parte superior de la cabeza por encima de las orejas: deja reposar la lengüeta sobre el puente de la nariz.
4. Ajuste el borde superior de la mascarilla debajo de las gafas: si ya hubiese.
5. Ate las dos cintas inferiores sobre la nuca y asegúrese de que el borde inferior de la barbilla y que no hay fugas laterales.
6. Adapte la lengüeta metálica sobre el puente de la nariz, en caso de que la haya.

La lengüeta sirve para adaptarla al puente de la nariz.

Este ajuste evita que los cristales se entelen.

La mascarilla tiene que adaptarse completamente cubriendo la nariz y la boca.

## POST - EJECUCIÓN.

Deje al paciente cómodo y proporciónale bienestar.

Eduque al paciente y / o familiar en lo referente a :

- la necesidad o conveniencia del uso de la mascarilla.

Desate las cintas y doble la mascarilla por la mitad uniendo las superficies internas.

Lávese las manos con lavado de manos higiénico.

## COMPLICACIONES.

- Infecciones.

## CONSIDERACIONES ESPECIALES

- Hablar lo menos posible durante la utilización de la mascarilla.
- Colocar una segunda mascarilla cubriendo la primera en caso de presencia de :  
humedad, estornudo o tos frecuente.
- Cambiar la mascarilla cada dos horas según el protocolo institucional.

## USO DE BATA.

La bata es una prenda de vestir que ofrece protección al paciente, familiar y al uniforme del personal de salud, es un elemento importante de uso intrahospitalario. El manejo de la bata sera diferente en el caso de pacientes infectocontagiosos y en pacientes que requieren de aislamiento protector. La bata limpia ( no estéril) se utiliza en procedimientos con riesgo de sufrir salpicaduras de sangre u otros líquidos corporales no identificados.

En el cuidado de algunos pacientes bajo aislamiento protector estricto se usarán batas estériles, así como en procedimientos medico quirúrgicos.

Para que la técnica de la bata sea efectiva se recomienda que ésta sea de uso individual, sea cambiada periódicamente y desechada .

Se deberá mantener la bata colgada en el Trípice fuera de la unidad del paciente, se usará una bata por paciente y por turno. Tomar la bata por debajo del cuello, se considera limpia la parte interna que esta en contacto con el uniforme. Se debe sostener de manera que el lado limpio queda al frente al personal que la va a usar. Después de realizar la actividad programada lavesé las manos y retirese la bata, introduciendo cuatro dedos de la mano derecha en la parte interna del puño de la manga izquierda y jalar hacia adelante hasta la mitad; con la mano protegida jalar el puño de la mano derecha, deslizar las manos y sostener la bata por el cuello, doblar la bata a la mitad, uniendo hombro con hombro y colgar procurando que la parte externa quede hacia fuera; la parte interna que estuvo en contacto con el uniforme se considera limpia.

## USO DE GUANTES.

Es el procedimiento por medio del cual se cubren las manos para aislar las bacterias residuales de la piel y proteger al personal al realizar con mayor seguridad las maniobras que se ejecutan con el paciente, así como al manejar el instrumental y material que se utiliza en cada procedimiento liberándolo del riesgo de contraer enfermedades que se transmiten por contacto directo. Se debe utilizar guantes limpios, no necesariamente estériles cuando se tenga contacto con secreciones, excreciones, objetos y artículos manchados de sangre o líquidos corporales humanos, y cadáveres humanos

Se utilizan guantes estériles antes de tocar tejidos, membranas mucosas y heridas no contaminadas. Se utilizan como forma de auto protección si presenta heridas, raspaduras o solución de continuidad de la piel .

Lo ideal es que utilice guantes desechables en todos los procedimientos invasivos

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## TÉCNICAS DE AISLAMIENTO

Definición: Medidas emprendidas para prevenir la diseminación de microorganismos entre enfermos, personal y visitantes del hospital.

### Objetivo:

- Prevenir la transmisión de microorganismos de fuentes de infección, tanto reconocidas como no en cualquier ámbito sanitario.

### Objetivo de Enfermería:

- Interrumpir la transmisión de agentes infecciosos.

### PREPARACIÓN.

- DE LA ENFERMERA.

Lávase las manos con lavado de manos higiénico.

- DEL MATERIAL.

Bata  
Guantes  
Cubre boca

- DEL PACIENTE.

Informe al paciente de la técnica que va a realizar.

### FUNDAMENTACION.

Disminuye la transmisión de microorganismos.

Disminuye su ansiedad y facilita su colaboración.

## EJECUCIÓN.

### 1. Averigue el estado de salud del paciente:

- enfermedad  
transmisible por  
gotitas.

- enfermedad  
transmisible por  
aire.

- enfermedad  
transmisible por  
contacto directo.

Los microorganismos que se transmiten por gotitas son capaces de mantenerse en suspensión hasta un metro antes de caer.

Los microorganismos que se transmiten por aire se mantienen en suspensión.

Los microorganismos se transmiten por contacto directo con la piel o con artículos del entorno.

Evita la transmisión de microorganismos.

### AISLAMIENTO POR AIRE.

2. Lávese las manos con lavado de manos higiénico al entrar o salir de la habitación.
3. Instale al paciente en una habitación individual y mantenga la puerta cerrada.
4. Póngase la mascarilla antes de entrar a la habitación.
5. Restrinja las visitas.
6. limite la salida de la habitación a fines esenciales utilice en estos casos una mascarilla para el paciente.
7. en los traslados el personal que lo va a realizar ha de tomar las precauciones apropiadas al igual que el personal receptor
8. evite sacudir la ropa
9. utilice filtros de alta eficacia en los sistemas de ventilación ( opcional)

Para evitar la co - infección con otros microorganismos y diseminación al exterior.

Asegura la retención de partículas de 0.1 a 0.3 micras.

Reduce el riesgo de transmisión de microorganismos.

#### AISLAMIENTO POR GOTITAS.

2. Lávese las manos con lavado de manos higiénico al entrar o salir de la habitación.
3. Instale al paciente en una habitación individual.
4. Póngase la mascarilla antes de entrar a la habitación.
5. Cuide que las visitas sigan las medidas del aislamiento.
6. Limite la salida de la habitación a fines esenciales, utilice en estos casos una mascarilla para el paciente.
7. En los traslados el personal que lo realiza ha de tomar las precauciones necesarias, utilizando las barreras apropiadas. El personal ha de ser informado y aplicar las medidas necesarias.
8. Evite sacudir la ropa.

#### AISLAMIENTO POR CONTACTO.

2. Lávese las manos con lavado de manos higiénico al entrar o salir de la habitación.
3. Póngase guantes desechables antes del contacto con el paciente o con el material contaminada. Retírese los guantes antes de salir de la habitación.
4. Instale al paciente en una habitación individual.
5. Póngase una bata estéril al entrar a la habitación y en el contacto directo con el paciente y con superficies del entorno. Retírese la bata antes de salir de la habitación.
6. En los traslados el personal que lo realiza ha de tomar las precauciones necesarias utilizando las barreras apropiadas. El personal receptor deberá estar informado y aplicar las medidas necesarias.
7. Utilice material de asistencia exclusivo del paciente.

Disminuye la transmisión de microorganismos.

Evita la co infección

Evita la transmisión de microorganismos.

Evita la co - infección

Evita la diseminación de microorganismos.

8. Antes de eliminar las disposiciones y la orina en el WC coloque lejía sin diluir y deje actuar durante 10

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

minutos. Aclare y vuelva a colocar lejía sobre la superficie.

9. Cambie la lencería una vez al día y siempre que sea necesario, recójala en una bolsa adecuada dentro de la habitación.

La lejía sin diluir actúa con mayor poder desinfectante contra los microorganismos.

### POST - EJECUCIÓN

Deseche el material y artículos que expongan tanto al personal como a pacientes. Deje al paciente cómodo y proporcíónele bienestar.

- Enseñe a los miembros de la familia las técnicas específicas a cada tipo de aislamiento tanto en la unidad hospitalaria como en su domicilio.

Lávese las manos con lavado de manos higiénico.

Registre en la historia del paciente:

- técnica ejecutada , día y hora.
- problemas presentados u observados.
- respuesta del paciente.
- firme

### COMPLICACIONES

- Infección
- Trasmisión de microorganismos.

#### CONSIDERACIONES ESPECIALES

- o Lavado de manos es el medio mas importante para evitar la extensión de infección.
- o El uso de cuarto privado reduce la posibilidad de trasmisión de microbios infecciosos.
- o Las mascararas se recomiendan para prevenir la trasmisión de microbios infecciosos por aire, debe cubrir nariz y boca.
- o La bata se utiliza para impedir que el uniforme del personal sea vía de trasmisión de microorganismos al entrar en contacto directo con el paciente.
- o Hay tres motivos para utilizar guantes: reducir que el personal se infecte, que se transmita su propia flora endógena a lo paciente y tratar que el personal sea colonizado en forma transitoria por microorganismos que pueden transmitirse a otros enfermos.
- o Las jeringas , agujas y otros objetos filosos constituyen un riesgo especial, pues por lo regular se desconoce el grado de infección potencial.
- o La lencería sucia se manipula lo menos posible con un minimo de agitación para evitar contaminación del aire.
- o No se necesitan precauciones especiales para los platos a menos de que esten visiblemente con material potencialmente infeccioso.
- o Las personas que están infectadas o colonizadas por microorganismos peligroso pueden salir de su habitación solo si es esencial.

## CURACIÓN DE HERIDAS.

Definición: Proceso por el cual se retira el apósito sucio, se limpia la herida de forma estéril y se aplica un apósito estéril.

### Objetivo:

- Favorecer el proceso de granulación y cicatrización.
- Inmovilizar la herida y tejidos vecinos.
- Proteger la herida contra lesiones mecánicas.

### Objetivos de Enfermería:

- Prevenir la infección.
- Promover el bienestar del paciente.
- Valorar el proceso de curación.
- Fomentar la homeostasis como apósito por presión.

### PREPARACIÓN.

### FUNDAMENTACION.

- DE LA ENFERMERA.

Lávase las manos con lavado de manos antiséptico.

Póngase guantes estériles .

Disminuye la transmisión de microorganismos.

- DEL MATERIAL.

gasas estériles.

Torundas de gasa.

Das pinzas estériles.

Tijeras estériles.

Antiséptico

Agua y jabón neutro.

Solución isotónica

Batea.

Riñón

Bata y mascarilla.

Aposito adhesivo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## • DEL PACIENTE.

Informe al paciente la técnica a realizar.

Disminuye la ansiedad facilita su colaboración.

Posición. Coloque al paciente en posición adecuada, dependiendo de la localización de la herida:

decúbito supino.

Decúbito prono.

Sedestacion.

### EJECUCIÓN

1. Averigüe el estado de salud del paciente y tratamientos que esta recibiendo.

Algunas enfermedades como la diabetes, alteraciones en el equilibrio ácido - base , o problemas neurovasculares pueden retrasar la cicatrización y aumentar el riesgo de infección.

2. el estado de nutrición.

El déficit nutricional provoca un retraso en la cicatrización y disminuye la resistencia a las infecciones.

3. el indice de masa corporal

Las personas obesas tienen mayor riesgo de sufrir infecciones y mas posibilidad de dehiscencia de la herida, debido a la dificultad de cicatrización de tejido adiposo.

4. los hábitos toxicos.

El tabaco disminuye la cantidad de hemoglobina funcional por lo cual la herida esta menos oxigenada.

5. las alergias

6. el tipo de herida, aspecto y exudado

7. la localización y el tamaño de la herida.

Garantiza que el paciente no presentará reacciones alérgicas.

Determina el tipo de curación que se va a realizar.

B. La localización y tamaño dela herida.

En heridas en cara o parpados extremar cuidados

## HERIDA CERRADA.

9. Coloque el material necesario en la batea.
10. Póngase guantes desechables, en caso de que el paciente lleve apósito para retirarlo.

11. Retire el apósito suavemente si es preciso mojelo, evitando que el paciente vea el drenaje.

12. Utilice una pinzas para retirar las gasas mas adheridas a la herida.
13. Coloque el apósito sucio en el riñón.

14. Observe el estado de la herida y el aspecto del exudado.
15. Lave la herida con agua y jabón, es una medida de aislamiento estándar.

15. Coloque la riñonera en la zona de declive de la herida y proceda al aclarado con suero salino.  
Permite recoger el líquido evitando que se manche la ropa de cama.

Es una medida estandar de aislamiento

Disminuye el dolor provocado al despegar la parte adhesiva. El aspecto del drenaje puede ser molesta para el paciente-

Permite crear una zona sucia y diferenciada de la limpia.

valorar el proceso de curación.

Permite una correcta higiene de la herida.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

16. Qúitese los guantes desechables y proceda a abrir el material estéril.
17. Póngase los guantes estériles.
18. Seque completamente la herida con una gasa estéril.
19. Desinfecte la herida con ayuda de unas pinzas y una torunda empapada de antiséptico con movimiento suave de arriba abajo, o bien, de adentro hacia fuera.
20. Utilice diferentes torundas en cada pasada y deséchela en la riñonera.
21. Coloque un apósito estéril.

#### HERIDA ABIERTA.

9. Lave con agua y jabón la piel alrededor de la herida.
10. Seque completamente la piel
11. Qúitese los guantes desechables y proceda a abrir el material estéril.
12. Póngase guantes estériles.
13. Limpie la herida con la ayuda de unas pinzas y una torunda de gasas empapadas en antiséptico realizando movimientos del centro de la herida hacia fuera.

La desinfección de la herida se realiza de la zona menos contaminada a la mas contaminada.

Evita la contaminación de otra zona de la herida.

Permite mantener la piel limpia y en buen estado.

14. Utilice diferentes torundas en cada pasada y deséchela en la riñonera.
15. Coloque la riñonera en la zona de decline de la herida.
16. Lave la herida con suero salino a presión de manera que arrastre el material de drenado.
17. Aplique el apósito estéril.

Evita la contaminación de otras zonas de la herida.

Permite recoger el material de lavado.

Limpia los restos de drenado de la herida.



Curación de heridas.

#### POST - EJECUCIÓN.

Deje al paciente cómodo y proporciónele bienestar.

Eduque al paciente y / o familiar en lo referente a :

- comunican inmediatamente si el apósito esta manchado.

Lávese las manos con lavado de manos higiénico.

Registre en la historia del paciente:

- técnica ejecutada, día y hora.
- Aspecto de herida y exudado.
- Problemas presentados u observados
- Respuesta del paciente.
- Firme.

#### COMPLICACIONES.

- Alteración de la imagen corporal
- Ansiedad / temor
- Dolor
- Infección
- Lesión.

### CONSIDERACIONES ESPECIALES

- o Mantener descubierta únicamente la zona de la herida cubriendo el resto del cuerpo.
- o Colocar apósitos pequeños en aquellas zonas que sean visibles.
- o Valorar la reacción emocional del paciente y hablar con él en caso de que muestre ansiedad o temor ante la curación o la evolución de la herida.
- o Expresar verbalmente cualquier cambio positivo en la herida.
- o Evitar que el paciente vea el aspecto de la herida o del exudado en caso de que fuera desagradable o que pudiera molestarle.
- o Majar el esparadrapo en disolventes como acetona o alcohol sobre todo en las zonas del vello.
- o Sujetar la piel adyacente al apósito con la mano no dominante mientras se tira el esparadrapo con la mano dominante en dirección de la herida.
- o Mantener las normas de asepsia durante la técnica así como la esterilidad de los materiales para evitar infecciones.
- o Evitar corrientes de aire al realizar la curación ya que los microorganismos están en suspensión.
- o Realizar la desinfección de la zona menos contaminada a la más contaminada.
- o Mantener la punta de las pinzas siempre más baja que la zona de sujeción de estas para evitar que el líquido baje hacia la mano.
- o Desinfectar la herida con movimientos suaves y valorando periódicamente el grado de dolor.
- o Mantenerse a una distancia prudencial de la herida para evitar respirar sobre esta y contaminarla.
- o Utilizar guantes y gafas de protección si el procedimiento provoca algún exudado.
- o Aplicar suficientes gases por si la herida produce mucho exudado a fin de evitar cambios constantes de apósito.
- o Secar correctamente las heridas cerradas y la piel adyacente para evitar lesiones como la maceración.
- o Planificar la frecuencia de las curaciones tras realizar la valoración del aspecto de la herida.

## 8. PREVENCIÓN DE PELIGROS ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.

LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS ES LA ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA DONDE EL CUIDADO ES AUN MAYOR YA QUE ES OBLIGACIÓN DE ENFERMERÍA CONOCER EL MEDICAMENTO QUE SE VA A ADMINISTRAR AL PACIENTE ASÍ COMO LOS EFECTOS SECUNDARIOS Y EL SABER QUE HACER EN CASO DE UNA RESPUESTA NEGATIVA A ESTE HACIENDO USO DE LA REGLA DE LOS CINCO CORRECTOS: PACIENTE CORRECTO MEDICAMENTO CORRECTO. DOSIS CORRECTA, HORA CORRECTA, VÍA CORRECTA.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VIA ORAL.

Indicación: Es la vía mas común, menos cara y mas conveniente para la mayoría de los enfermos.

Objetivo:

- Proporcionar agentes terapéuticos para que se llegue al torrente sanguíneo a través de la vía oral

Objetivo de Enfermería:

- Educar al paciente / familia respecto a la administración de la medicación en previsión del alta hospitalaria.

### PREPARACIÓN.

- DE LA ENFERMERA.

• Lavarse las manos con lavado de manos riguroso e higiénico.

- DEL MATERIAL.

### FUNDAMENTACION

Disminuye la transmisión de microorganismos

- Fármaco prescrito.
- Hoja de medicación.
- Batea
- Vaso desechable.
- Pañuelo de papel
- Agua

- DEL PACIENTE.

Informe al paciente de la medicación que se le va a administrar.

Posición: coloque al paciente en la posición adecuada:

• posición supina, posición de fowler alto

Facilita la deglución del fármaco.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

## EJECUCIÓN.

1. Averigüe la identidad del paciente
2. la prescripción médica.
3. El fármaco que hay que administrar.
4. La dosis perfecta
5. La frecuencia horaria.
6. Las alergias medicamentosas.
7. El nivel de conciencia.
8. El factor psicológico.
9. La caducidad.

## PASTILLAS.

10. Identifique el vaso desechable con el nombre del paciente.
11. En caso de una dosis eche directamente la pastilla con su envoltorio en el vaso.
12. Si se trata de un frasco deposite la pastilla en la tapa del mismo reintroduciendo si es necesario las sobrantes.
13. Proporciónele al paciente agua e indíquele que debe tomársela.
14. para la administración sublingual indique al paciente que mantenga el comprimido bajo la lengua hasta que se disuelva por completo.
15. Verifique su ingestión.

Evita el error de administración a otro paciente.

Evita errores de transcripción en la hoja.

Proporciona seguridad en la administración.

Produce un efecto determinado dependiendo de factores como el peso, sexo

Asegura los niveles plasmáticos del fármaco.

Puede presentar reacciones alérgicas.

Disminuido desaconseja la vía oral

La sugestión del paciente es capaz de tener un efecto terapéutico en enfermedades funcionales.

El envoltorio identifica el fármaco administrado.

Evita la manipulación directa de las pastillas.

Facilita la deglución y evita la irritación gástrica.

Esta vía es de rápida absorción.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## SOLUCION (JARABES, LIQUIDOS).

10. Incline el frasco con la etiqueta hacia arriba y vierta la solución en una cuchara o contenedor graduado hasta la cantidad requerida.
11. Limpie con un pañuelo de papel la etiqueta para evitar que se manche la superficie externa del frasco y ciérrelo de nuevo.
12. Proporcione la solución al paciente acompañada o diluida si es necesario.
13. Verifique su ingestión.

Esta precaución evita que se manche la etiqueta de identificación del medicamento

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## POST- EJECUCIÓN.

Deje al paciente cómodo y proporciónale bienestar.

Eduque al paciente y / o familiar en lo referente a :

- efectos terapéuticos y los posibles efectos secundarios.
- La dosis, vía y frecuencia horaria.
- La conservación del medicamento
- Ante dudas las posibles complicaciones

Lávese las manos con lavado de manos higiénico.

Registre en la historia del paciente:

- técnica ejecutada, dosis y vía de administración.
- Día y hora de administración.
- Problemas presentados u observados.
- Respuesta del paciente.
- Firme.

## COMPLICACIONES

- Riesgo de aspiración.

## CONSIDERACIONES ESPECIALES

- o Identificar al paciente antes de administrarle la medicación.
- o Comprobar antes de administración que no se han producido cambios en el nivel de conciencia ni en la capacidad de deglución.

## ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VIA ENTERAL.

Definición: administración de medicamento por medio de SNG cuando no se puede por vía oral o presenta vómito.

### Objetivo:

- Proporcionar el agente terapéutico para que llegue al torrente sanguíneo a través de la SNG

### Objetivo de Enfermería.

- Educar al familiar y / o paciente respecto a la administración de la medicación en previsión del alta hospitalaria.

### PREPARACIÓN.

- DE LA ENFERMERA

Lávase las manos con lavado de manos higiénico.

- DEL MATERIAL.

fármaco prescrito.  
Hoja de medicación.  
Pañuelos de papel.  
Agua  
Jeringa de 50 ml  
Tapón de sonda / Kocher.  
Dispositivo triturador.  
Fonendoscopio  
Toallas.

- DEL PACIENTE.

Informe al paciente de la técnica que va a realizar.

Posición: coloque al paciente en la posición adecuada: sedestacion o semi fowler.

### FUNDAMENTACION.

Disminuye la trasmisión de microorganismos.

Disminuye la ansiedad y facilita la colaboración.

Evita reflujo.

## EJECUCIÓN.

1. Averigüe la identidad del paciente.
2. Prescripción médica.
3. El fármaco que hay que administrar.
4. La dosis prescrita.
5. La frecuencia horaria.
6. Las alergias medicamentosas.
7. El factor psicológico.
8. La caducidad
9. Colocación previa de la sonda.

10. Si el comprimido puede triturarse hágalo con un mortero hasta conseguir un polvo fino. Si es una cápsula y el contenido puede extraerse, viértalo completamente en un vaso.
11. Reconstruya con 10 - 15 ml de agua el preparado, si es de alta concentración hágalo con 60 ml. Agítelo hasta conseguir una mezcla homogénea.
12. Verifique la ubicación de la sonda.
13. aspire el contenido del preparado con la jeringa y conéctela al extremo distal de la sonda
14. en caso de alimentación continua detenerla 15 minutos antes de administrar el medicamento.
15. en caso de alimentación discontinua administrar el preparado 1 o 2 hr después de la toma.

Evita el error de administración a otro paciente.

Evita errores de transcripción a la hoja.

El conocimiento del fármaco proporciona seguridad en la administración.

Produce un efecto determinado dependiendo de factores como edad, sexo.

Asegura los niveles plasmáticos del fármaco.

Existen sustancias que producen reacción diversa.

Un nivel disminuido desaconseja la vía por riesgo de aspiración.

Evita la obstrucción de la sonda.

Evita que interaccione el fármaco con la alimentación y facilite su absorción.

La mezcla de la dieta con el fármaco puede producir alteraciones químicas.

16. En caso de tener que administrar varios medicamentos no los mezcle en la misma jeringa. Limpie la sonda con 10 ml de agua entre uno y otro. Administre primero las formas líquidas y deje las presentaciones mas densas para el final.

17. Al finalizar la administración, limpie la sonda con 30 ml de agua.

18. Pince o tape la SNG durante 20 - 30 minutos.

Evita la obstrucción de la sonda.

Facilita la absorción del medicamento.

### POST - EJECUCIÓN

Deje al paciente cómodo y proporciónale bienestar, dejelo en posición semi fowler o con el lado derecho con el cabezal elevado 30 grados durante 30 minutos.

Eduque al paciente o familiar en lo referente a :

- efectos terapéuticos y posibles efectos secundarios.
- La dosis, vía y frecuencia horaria.
- La conservación del medicamento si es necesario.
- Ante dudas y posibles complicaciones a quien dirigirse.
- La posición del paciente durante y después de la administración.
- Los cuidados específicos de la sonda.

Lávese las manos con lavado de manos higiénico.

Registre en la historia del paciente:

- problemas presentados u observados.
- Técnica ejecutada, día y hora.
- Respuesta del paciente.
- Firme.

### COMPLICACIONES

- Aspiración.



### CONSIDERACIONES ESPECIALES.

- o Verificar la ubicación de la sonda nasogástrica antes de administrar el fármaco
- o Permeabilizar la sonda tras la administración de la medicación con 30 - 50 ml de agua.

## ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VIA INHALATORIA.

Definición: Introducción del fármaco por vía respiratoria con el fin de alivio rápido a nivel local, el fármaco se puede administrar al paciente inconsciente.

### Objetivo.

- Conseguir que el agente terapéutico alcance el tracto respiratorio.

### Objetivo de Enfermería.

- Educar al paciente y / o familia respecto a la administración de la medicación en previsión del alta hospitalaria.

### PREPARACIÓN.

- DE LA ENFERMERA.

Lávese las manos con lavado de manos higiénico.

- DEL MATERIAL.

fármaco prescrito.

Hoja de medicación.

- DEL PACIENTE.

Informe al paciente de la técnica que va a realizar.

Posición. Coloque al paciente en la posición adecuada: fowler o sedestación.

### EJECUCIÓN

1. Averigüe la identidad del paciente.
2. El fármaco que hay que administrar.
3. La dosis prescrita.

### FUNDAMENTACION

Evita la transmisión de microorganismos.

Evita la ansiedad y facilita su colaboración.

Evita errores de administración.

El conocimiento del fármaco proporciona seguridad al administrar

Produce efectos determinados por factores como la edad o el sexo.

4. La frecuencia horaria.

Asegura los niveles plasmáticos del fármaco.

5. Las alergias medicamentosas.

Existen sustancias activas y excipientes que producen reacciones adversas.

6. El nivel de conciencia.

El nivel de conciencia disminuido dificulta la realización de la técnica.

7. El factor psicológico.

La sugestión del paciente es capaz de tener un efecto terapéutico en el caso de enfermedades funcionales sin base patológica.

8. La caducidad.

Trascurrida la fecha de caducidad el efecto terapéutico disminuye.

#### CARTUCHO EN AEROSOL.

9. Inserte el frasco del fármaco en el interior del cartucho

10. Destape el cartucho y póngalo vertical hacia abajo ( en L)

11. Sujete el cartucho con los dedos índice y pulgar (índice hacia arriba y pulgar hacia abajo)

12. Pida al paciente que se coloque la boquilla del cartucho en la boca.

13. Pídale que saque todo el aire de los pulmones en forma lenta y profunda.

14. Dígale que inspire por la boca muy lentamente y que al mismo tiempo pulse una sola vez el cartucho

15. Pídale que retenga unos 10 segundos la respiración y retire posteriormente el cartucho de la boca

16. si es necesaria una dosis más indique que espere mínimo 30 segundos y repita el procedimiento.

17. indíquele que enjuague la boca después de la aplicación de corticoides.

Favorece la sedimentación del medicamento.

Evita la aparición de hongos en la mucosa bucal.

## CARTUCHO EN POLVO SECO.

9. Desenrosque la tapa y retírela del inhalador.
10. Mantenga el cartucho en vertical con la rosca giratoria en la parte inferior.
11. Coloque la dosis girando la rosca inferior hacia la derecha hasta notar un tope. A continuación gira hacia la izquierda, volviendo a la posición inicial hasta que oiga un clic.
12. Pídale que inspire profundamente y con fuerza por la boca a través de la boquilla del cartucho.
13. Retire la boquilla de los labios.
14. Repita el procedimiento según la dosis necesaria.

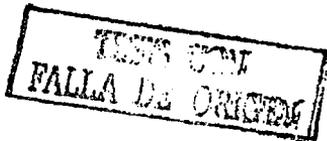
## NEBULIZADOR.

9. Prepare el fármaco que va a administrar en la jeringa seleccionada.
10. Abra la tapa del recipiente nebulizador y vierta la dosis del fármaco añadiendo si es preciso suero fisiológico.
11. Cierre la tapa del recipiente y adapte la mascarilla a la cara del paciente con máximo ajuste.
12. Enseñe al paciente a mantener el nebulizador en posición vertical.
13. Conecte la mascarilla a la fuente de gas presurizado y regule el flujo deseado.
14. Compruebe la salida de un vaho a través de los orificios laterales de la mascarilla.
15. Pídale al paciente que mantenga la mascarilla hasta el final de la nebulización.
16. Controle la tolerancia del paciente y el normal funcionamiento del sistema.
17. Retire el sistema de nebulizador una vez finalizado.
18. Cierre el flujo de gas presurizado.

Impide que se vierta el contenido.

Genera presión sobre el líquido a administrar y lo convierte en aerosol.

La salida del vaho verifica el funcionamiento del sistema.



## POST - EJECUCIÓN.

Deje al paciente cómodo y proporciónéle bienestar.

Eduque al paciente y / o familiar en la referente a :

- el efecto terapéutico y los posibles efectos secundarios.
- la dosis, vía y frecuencia horaria.
- la observación y los cuidados de la boca.
- la manipulación y la limpieza del cartucho.
- La importancia de que se desprenda y expulsen las secreciones después de la nebulización.
- Ante dudas y posibles complicaciones a quien dirigirse.

Separe el frasco del cartucho en aerosol y límpielo con agua corriente y jabón. Séquelo completamente.

Limpie la boquilla del cartucho en polvo seco con un paño seco : no utilice nunca agua corriente.

Lávese las manos con lavado de manos higiénico.

Registre en la historia del paciente:

- técnica ejecutada, día y hora.
- Problemas presentados u observados.
- Respuesta del paciente
- Firme.

## COMPLICACIONES

- Alteración de la mucosa oral
- Riesgo de infección.
- Alteración del bienestar.
- Alteración del patrón de sueño.

## CONSIDERACIONES ESPECIALES

- o Observar la sincronización de la inspiración con la administración del fármaco.
- o Evalúe la habilidad del paciente en el manejo de los inhaladores.
- o Insistir al paciente en la necesidad de reforzar la higiene bucal, especialmente tras el uso de corticoides inhalados.
- o Mantener el cartucho limpio y seco después de utilizarlo.
- o Controlar durante toda la sesión nebulizadora en los pacientes angustiados, obnubilados o desorientados la adaptación a la mascarilla y el normo funcionamiento del sistema.
- o Indicar al paciente que nos avise ante cualquier sensación de malestar durante la nebulización.
- o Facilitar periodos de descanso entre las sesiones de tratamiento si es necesario.
- o Evaluar la presencia de sonidos respiratorios antes y después de la inhalación.
- o Valorar el alivio de disnea tras la administración del fármaco

## ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA OFTÁLMICA.

Definición: Administración de medicamento por medio de la conjuntiva y mucosa ocular, es una vía sumamente absorbente, las soluciones o fármacos deben ser neutros o isotónicos ya que se puede producir intoxicación sistemática (atropina).

### Objetivo.

- Conseguir que el agente terapéutico actúe de manera local a través de la conjuntiva y / o mucosa ocular.

### Objetivo de Enfermería.

- Educar al paciente y / o familiar respecto a la administración de la medicación en previsión del alta hospitalaria.

### PREPARACIÓN.

- DE LA ENFERMERA.

Lávese las manos con lavado de manos higiénico.

- DEL MATERIAL.

fármaco prescrito.

Hoja de medicación.

Batea.

Guantes desechables.

Pañuelos desechables.

Gasas estériles.

Suero fisiológico (opcional)

Apósito ocular (opcional).

Españador ipoalergénico (opcional).

- DEL PACIENTE.

Infome al paciente de la técnica que va a realizar

Coloque al paciente en la posición adecuada: sedestacion o decúbito supino con la cabeza inclinada hacia atrás

### FUNDAMENTACION.

Evita la trasmisión de microorganismos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Disminuye su ansiedad y facilita su colaboración

Evita que el fármaco se derrame

## EJECUCIÓN.

### COLIRIO.

1. Averigue la identidad del paciente. Evita el error de administración a otro paciente.
2. el fármaco que hay que administrar. El conocimiento del fármaco proporciona seguridad en la administración.
3. La dosis prescrita. Produce un efecto determinado dependiendo de factores como edad, sexo.
4. La frecuencia horaria. Asegura los niveles plasmáticos del fármaco.
5. Las alergias medicamentosas. Existen sustancias activas y excipientes que producen reacciones adversas.
6. El nivel de conciencia. El nivel de conciencia disminuido dificulta la realización de la técnica.
7. El estado de las estructuras del ojo. Proporciona información básica para valorar posibles cambios.
8. Póngase guantes.
9. Coloque al paciente con la cabeza inclinada hacia atrás.
10. Limpie suavemente con una gasa los párpados y las pestañas desde al ángulo interno ante la presencia de lagaña o exudado. Evita que los microbios penetren en el conducto lagrimal.
11. temple el frasco entre sus manos durante unos minutos. Evita molestias oculares.
12. tire del párpado inferior hacia abajo con suavidad con ayuda de una gasa. Permite visualizar el saco conjuntival inferior.
13. pida al paciente que mire hacia arriba a un punto fijo. Reduce el reflejo parpebral.
14. instale una gota con la mano dominante en el fondo de saco evitando tocar la cornea. Evita lesiones en la cornea

15. Si se ha de instalar más de una gota del mismo colirio separe una de otra aproximadamente 2 minutos.
16. Con una gasa apriete firmemente sobre el conducto lagrimal durante unos segundos antes de que cierre el ojo.
17. Pida al paciente que cierre los párpados suavemente sin apretarlos.

#### POMADA.

14. Deseche la primera porción de la pomada.
15. Aplique una tira fina y uniforme en el saco conjuntival desde el ángulo interno hacia el externo manteniendo una distancia de 1 - 2 cm entre el aplicador y el saco conjuntival.
16. Al llegar al ángulo externo gire levemente el tubo en sentido contrario.
17. Pida al paciente que cierre los párpados suavemente y no mueva los ojos.
18. Con una gasa estéril limpie el exceso de pomada.
19. Coloque un apósito ocular si es necesario fijándolo con un esparadrapo.

Facilita la absorción de la primera gota.

Algunos colirios es necesario que llegue al conducto lagrimal.

Permite que el fármaco se distribuya uniformemente evitando su eliminación.

Evita una posible complicación.

Facilita la distribución uniforme de la pomada.

Ayuda a desprender la pomada.

Con ello se consigue que la pomada recubra todo el interior del globo ocular.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## POST EJECUCION

Deje al paciente cómodo y proporciónale bienestar.  
Eduque al paciente y / o familia en lo referente a :

- el efecto terapéutico y los posibles efectos secundarios.
- La dosis, vía y frecuencia horaria.
- La aplicación específica del preparado.

Quítese los guantes y lávese las manos con lavado de manos higiénico.  
Registre en la historia del paciente:

- técnica ejecutada, día y hora.
- Problemas presentados u observados.
- Respuesta del paciente.
- Firme.

## COMPLICACIONES

- Lesión.
- Infección.

## CONSIDERACIONES ESPECIALES

- Mantener el frasco abierto el menor tiempo posible.
- Evitar el contacto del frasco con las estructuras del ojo.
- Desechar el colirio / pomada una vez finalizado el tratamiento.

## ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VIA PARENTERAL.

Definición. Es una administración diferente a la que se hace por tubo digestivo, es decir, se hace por medio de agujas.

### Objetivo.

- Proporcionar el tratamiento prescrito a través de la vía venosa.

### Objetivo de Enfermería.

- Obtener un efecto terapéutico más rápido que por otras vías.

### PREPARACIÓN.

### FUNDAMENTACION

- DE LA ENFERMERA.

Lávese las manos con lavado de manos  
higiénico.  
Póngase guantes no estériles.

Evita la transmisión de microorganismos.

- DEL MATERIAL.

Fármaco prescrito.  
Sierra (opcional)  
jeringa.

Ayuda a abrir el vial con más facilidad.

La cantidad del fármaco que hemos de  
administrar determinara el tamaño de la  
misma.

aguja de carga

Se ha de utilizar una aguja diferente  
para la preparación del fármaco.

aguja endovenosa

Según el modo de administración del  
fármaco, no se precisara el uso de  
aguja .

torundas de algodón  
Gasas pequeñas.  
Antiséptico o alcohol.

• DEL PACIENTE.

Informe al paciente de la técnica que va a realizar.

Coloque al paciente en la posición adecuada: decúbito supino o sedestación en función del fármaco que hay que administrar y la localización del avía endovenosa.

Disminuye la ansiedad y facilita su colaboración.

EJECUCIÓN.

1. Averigue la identidad del paciente.  
2. Si existe una vía venosa canalizada previamente y el estado de la misma.

3. Prescripción médica.

4. El fármaco que hay que utilizar y el volumen total.

5. La dosis prescrita.

6. La frecuencia de la administración.

7. Las alergias medicamentosas.

8. La caducidad del fármaco.

9. La compatibilidad con otros fármacos

10. Prepare la medicación.

Evita errores en la administración.  
Evita punciones innecesarias. Observar signos de infiltración, infección .

Señala el fármaco que hay que administrar.

Proporciona conocimientos sobre los efectos secundarios del fármaco.

Orienta sobre el método a utilizar.

Asegura los niveles plasmáticos del fármaco.

Garantiza que el paciente no presentara reacciones alérgicas.

Puede provocar reacciones no deseadas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## AMPOLLAS.

10. Golpee suavemente la parte superior de la ampolla con un dedo.
11. Sierre parcialmente el cuello de la ampolla (opcional).
12. Coloque una gasa pequeña alrededor del cuello de la ampolla.
13. Sujete la ampolla con la mano no dominante y con los dedos pulgar e índice de la otra mano rompa el cuello de la ampolla.
14. Aspire el fármaco con la jeringa conectada a la aguja de la carga.
15. Incline ligeramente la ampolla hasta extraer el fármaco prescrito.

Permite que el fármaco pase a la parte principal de la ampolla.  
Permite una rotura mas limpia de la misma.  
Evita heridas al romper la ampolla.

Ayuda a extraer el fármaco.

## VIAL.

11. Conecte la aguja de carga a la jeringa, retire el protector de la aguja.
12. Cargue la jeringa con un volumen de aire equivalente al volumen de medicación que vaya a extraer
13. Desinfecte el tapón de látex del vial con un antiséptico. Previamente retire la tapa metálica
14. Inserte la aguja por el centro de latex
15. inyecte el aire con el bisel por encima de la medicación.
16. coja el vial con la mano no dominante a la vez que con la otra sujeta la jeringa
17. invierta el vial y manténgalo vertical a la altura de los ojos
18. aspire la medicación prescrita.
19. retire la jeringa y la aguja

Impide que se haga el vacío facilitando la extracción del líquido.

Evita la formación de burbujas.

Asegura la correcta medición de la dosis.

## VIAL CON FÁRMACO EN POLVO.

11. Introduzca la cantidad de disolvente indicado en el vial del fármaco.
12. Mezcle la solución rotando el vial entre las palmas de sus manos hasta conseguir una mezcla homogénea.
13. Invierta el vial y aspire la dosis prescrita con jeringa y la aguja.
14. Identifique el vial, paciente, fecha, hora, concentración del fármaco por mililitro.
15. Cambie la aguja de carga por otra endovenosa estéril.
16. Retire el aire que pudiese haber en la jeringa y purgue la aguja.
17. Identifique la jeringa anotando: nombre del paciente y medicación
18. Coloque una gasa cubriendo el suelo de la batea y sobre esta, la jeringa cargada con el fármaco

Evita que se forme espuma al mezclarse la solución

Permite saber la concentración del fármaco sobrante y la caducidad

Evita la infección.

Evita la entrada de aire en el circuito sanguíneo.

Evita errores en la administración.

## INYECCIÓN DIRECTA

11. Proceda a un acceso venoso
12. Introduzca el fármaco lentamente
13. Verifique la presencia de flujo retrogrado mientras inyecta el fármaco.
14. Retire la aguja y la jeringa una vez administrada la medicación
15. Haga presión durante 3 o 5 minutos en la zona de punción
16. Coloque un apósito en la zona de punción

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

VIA VENOSA CANALIZADA  
PREVIAMENTE.

• Infusión intermitente.

11. Desinfecte el látex de catéter periférico con alcohol y deje secar.
12. Introduzca el fármaco lentamente.
13. Verifique la presencia de flujo retrogrado.
14. Retire la aguja y la jeringa una vez administrada la medicación

• Infusión continua.

11. Desinfecte el puerto \* de inyección mas próximo al paciente con alcohol y deje secar.
12. Interrumpa la perfusión con el clamp o acodando el tubo de perfusión por encima del puerto de inyección.
13. Inserte la aguja en el puerto y aspire suavemente hasta observar la presencia de sangre en el tubo intravenoso
14. Introduzca el fármaco suavemente hasta observar la presencia de sangre en el tubo intravenoso.
15. Retire la aguja y jeringa una vez administrado el fármaco.
16. Reanude la perfusión.

\* puerto zona de entrada o acceso.

Asegura que la medicación ha entrado a vena sin extravasación.

Evita la formación de coágulos y la obstrucción de la vía.

Impide la entrada de microorganismos.

Evita que el fármaco ascienda al suero.

Demuestra que el catéter esta en vena.

## POST - EJECUCIÓN.

Deje al paciente cómodo y proporciónale bienestar.

Tire el material punzo cortante en los contenedores correspondientes.

Lávese las manos con lavado de manos higiénico.

Registre en la historia del paciente:

- técnica ejecutada, día y hora.
- problemas presentados u observados.
- respuesta del paciente
- firme

## COMPLICACIONES

- Dolor
- Lesión
- Infección.

## CONSIDERACIONES ESPECIALES

- o Verificar en caso de tener que administrar mas de un fármaco la compatibilidad del mismo para evitar reacciones no deseadas.
- o Mantener las normas de asepsia durante la técnica, así como la esterilidad del material para evitar infecciones
- o Expulsar todo el aire de la jeringa antes de proceder a la administración intravenosa del fármaco para evitar la entrada de aire en el circuito sanguíneo.
- Aspirar varias veces durante la administración del fármaco para comprobar que la aguja / catéter permanece en vena evitando posibles extravasaciones e infiltraciones.

Administrar lentamente el fármaco y comprobar periódicamente si le produce dolor al paciente.

Limpiar la via con suero fisiológico si se ha de administrar mas de un fármaco para evitar que se mezclen provocando incompatibilidad.

Controlar los efectos adversos o secundarios del farmaco tras su administración.

Diluir el fármaco tras su administración si este fuera muy irritante aumentando la velocidad de la perfusión durante un minuto.

Aumentar el tiempo de presión tras la punción en aquellos pacientes con tratamiento anticoagulante para evitar el sangrado.

## ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRA MUSCULAR.

Definición. Se aplica directamente en el tejido muscular, se emplea aguja larga y calibre medio si los líquidos a introducir son fluidos y gruesa en suspensión acuosa.

### Objetivo.

- Evitar el olor y sabor desagradable del fármaco.

### Objetivo de Enfermería.

- Proporcionar el tratamiento prescrito en el músculo

### PREPARACIÓN.

- DE LA ENFERMERA.

Lávese las manos con lavado de manos higiénico.

Póngase guantes no estériles.

- DEL MATERIAL.

fármaco prescrito.  
Sierra (opcional).

jeringa.

aguja de carga.

aguja intramuscular.  
Torundas de algodón.  
Gasas pequeñas  
Antiséptico o alcohol.

- DEL PACIENTE.

Informe al paciente la técnica a realizar

### FUNDAMENTACION

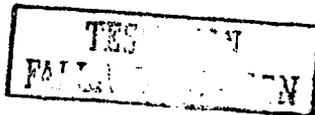
Evita la transmisión de microorganismos.

Ayuda a abrir el vial con mas facilidad.

cantidad del fármaco determinara el tamaño de la misma.

Se ha de utilizar una aguja diferente para la preparación del fármaco.

Disminuye la ansiedad y facilita su colaboración.



Coloque al paciente en la posición adecuada:

a) cuadrante superior externo del glúteo mayor:

decúbito lateral.

Decúbito prono.

Bipedestación.

b) Deltoides:

sedestación.

Decúbito supino.

c) Glúteo mediano y vasto externo

decúbito supino

decúbito lateral.

#### EJECUCIÓN.

1. Averigüe la identidad del paciente.
2. Si el paciente recibe tratamientos que afecten la circulación.
3. La prescripción médica.
4. El tipo de fármaco que hay que administrar
5. La dosis prescrita.
6. La frecuencia de administración.
7. Las alergias medicamentosas.
8. la caducidad del fármaco.
9. la compatibilidad con otros fármacos.
10. la zona que se ha de seleccionar
11. prepare el fármaco que hay que administrar
12. coloque una gasa cubriendo el suelo de la batea y en esta la jeringa cargada con el fármaco, la aguja intramuscular y la torunda de algodón.

Compruebe que la rodilla está flexionada ya que ello reduce la tensión sobre el músculo .

Evita errores en la administración.

Orienta sobre las precauciones que se han de tomar tras la administración.

Si se trata de fármacos muy irritantes que pueden teñir el tejido cutáneo.

Produce un efecto farmacológico específico.

Asegura los niveles plasmáticos en sangre.

Nos indica alergias medicamentosas.

Con otros fármacos pueden provocar reacciones no deseadas.

Permite traer todo lo necesario a la habitación.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

13. Seleccione la zona donde va a administrar la inyección intramuscular: cuadrante superior externo del glúteo mayor, músculo deltoides, zona del glúteo mediano y músculo vasto externo.

14. Indique al paciente que relaje el brazo o la pierna según la zona elegida.

15. Desinfecte la zona.

16. Inserte la aguja formando un ángulo de 90 grados con un movimiento firme y seguro.

17. Aspire antes de introducir el fármaco.

18. Introduzca lentamente el fármaco.

19. Espere 10 segundos y retire la aguja con movimiento rápido.

20. Haga presión con una torunda de algodón friccionando la zona.

Disminuye el dolor

Permite que el fármaco se deposite en el músculo.

Hace que se distribuya lentamente el fármaco dentro del músculo y disminuye el dolor.

Evita que al retirar la aguja haya alguna pérdida de medicamento

Favorece la absorción del fármaco evitando su acumulación y alivia el dolor.

### POST - EJECUCIÓN

Deje al paciente cómodo y proporciónale bienestar.

Tire las agujas sin manipularlas al contenedor específico para ello.

Lávese las manos con lavado de manos higiénico.

Registre en la historia del paciente:

- técnica ejecutada, día y hora.
- Problemas presentados u observados.
- Respuesta del paciente.
- Firme.

### COMPLICACIONES

- Lesión
- Infección
- dolor

### CONSIDERACIONES ESPECIALES

- Aplicar hielo en la zona de punción inmediatamente antes de realizar la técnica, ya que disminuye la sensación de dolor.

- o No administrar la medicación con la misma aguja que se ha utilizado para la preparación del fármaco, ya que al despuntarse puede lesionar los tejidos y producir mayor dolor en el momento de insertarla.
- o Asegurar una correcta desinfección de la zona así como la esterilidad del material para evitar infecciones.
- o Administrar lentamente el fármaco y comprobar periódicamente si le produce dolor al paciente.
- o Aumentar el tiempo de presión tras la punción, en los pacientes con tratamiento anticoagulante, para evitar sangrado.
- o Aspirar varias veces durante la administración del fármaco y si el paciente se ha movido para comprobar que la aguja no ha alcanzado un vaso sanguíneo.
- o Retirar la aguja y repetir de nuevo el procedimiento, si al aspirar aparece sangre en la aguja.
- o Alternar la zona de punción en tratamientos prolongados para evitar lesiones.

## ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VIA SUBCUTÁNEA.

Definición: Aplicación de medicamento dentro del tejido subcutáneo justamente debajo de la piel formando un amplio pliegue de la piel y se inserta la aguja montada en la jeringa formando un ángulo de 45 grados.

Objetivo.

- Proporcionar el tratamiento prescrito en el tejido conjuntivo adiposo.

Objetivo de Enfermería.

- Acceder al tejido conectivo / adiposo mediante la inserción de una aguja.

### PREPARACIÓN

- DE LA ENFERMERA.

Lávase las manos con lavado de manos higiénico.

Póngase guantes no estériles.

- DEL MATERIAL.
  - fármaco prescrito.
  - Jeringa.
  - aguja subcutánea.
  - Solución antiséptica
  - Batea
  - Gasas.

• DEL PACIENTE.

Informe al paciente de la técnica a realizar.

Coloque al paciente en la posición adecuada: sedestación, bipedestación o decúbito supino.

El tipo de fármaco y el volumen que se ha de administrar determina el tamaño de la misma, no siendo mayor de 2 ml.

EJECUCIÓN.

1. Averigüe el estado de salud y el tratamiento que esta recibiendo el paciente.

2. Averigüe la identidad del paciente.

3. La prescripción médica.

4. El tipo de fármaco que hay que administrar.

5. La dosis prescrita y el volumen total que hay que administrar.

6. La frecuencia de administración .

7. Alergias medicamentosas.

8. La caducidad del fármaco.

Disminuye su ansiedad y facilita su colaboración.

Nos orienta sobre la zona que hemos de seleccionar.

Evitaremos errores en la administración.

Señala el fármaco que hay que administrar.

Orienta en la selección de la zona.

Produce un efecto farmacológico , el volumen máximo que se puede administrar es de 2 ml.

Permite establecer una rotación en las zonas de punción.

Garantiza que el paciente no presentara reacciones alérgicas.

Trascurrida la fecha el efecto disminuye.

9. Prepare el fármaco que hay que administrar.

10. Seleccione la zona donde va a administrar la inyección subcutánea:

peri escapular

superior externa del brazo

peri umbilical

cresta iliaca

anterior y lateral externa del muslo.

y lateral de la nalga.

11 Indique al paciente que relaje la zona seleccionada.

12. Desinfecte la zona.

13. Sujete con la mano no dominante la zona de inyección.

con un pellizco

sujetando la piel

estirando la piel.

16. Inserte la guja conectada a la jeringa formando un ángulo de 45 o 90 grados dependiendo el calibre de la aguja

#### INSULINAS

17. Rote el vial entre sus manos.

18. Inyecte en el vial una cantidad de aire proporcional al volumen que hay que extraer

19. Aspire lentamente hasta obtener la dosis que tenga que administrar.

20 compruebe que no haya burbujas en la jeringa

#### MEZCLA DE INSULINA LENTA Y RAPIDA

17 Inyecte en el vial de insulina lenta una cantidad de aire equivalente a las unidades que hay que administrar de esta Retire la jeringa y aguja del vial

Permite valorar la rotación de administración

Disminuye el dolor

Evita la formación de burbujas

Permite mezclar el vial

18. Inyecte en el vial de la insulina rápida una cantidad de aire equivalente a las unidades que hay que administrar de esta.

Evita que se forme presión negativa en la jeringa

19. Aspire lentamente hasta obtener las unidades de insulina rápida que tenga que administrar.

Evita la formación de burbujas dentro del vial.

20. Compruebe que no haya burbujas en la jeringa.

21. Introduzca la jeringa en el vial de la insulina lenta y aspire la cantidad de insulina lenta que tenga que administrar.

Evita que la insulina rápida se entenezca al introducirse por error insulina dentro del vial de la insulina rápida.

### POST -EJECUCIÓN.

Deje al paciente cómodo y proporciónale bienestar.

Eduque al paciente y / o familia en lo referente a: la importancia que tiene mantener la higiene y la esterilidad del material.

- Indicar la forma de realizar la técnica y el tipo de material a utilizar.
- La importancia de mantener una rotación de las zonas de inyección.
- No friccionar las zonas tras la administración del fármaco.

Lávese las manos con lavado de manos higiénico.

Registre en la historia del paciente:

- técnica ejecutada, día y hora.
- Problemas presentados u observados.
- Respuesta del paciente
- Firme.

### COMPLICACIONES

- Dolor.
- Infección.
- Lesión
- Hipertrofia.
- Lipodistrofia.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CONSIDERACIONES ESPECIALES

- o En tratamientos prolongados, establecer una rotación por todas las partes de aplicación de la inyección.
- o Asegurar una correcta desinfección de la zona, así como la esterilidad en los materiales para evitar infección.
- o Retirar la aguja y repetir de nuevo el proceso si al aspirar aparece sangre en la jeringa.
- o En la administración de heparina cálcica no aspirar para evitar que se produzcan lesiones en la micro circulación que daría lugar a la aparición de hematomas.
- o Mantener sujeta la zona de inyección con la mano no dominante durante el procedimiento para evitar traumatismo en la piel o en el tejido subcutáneo.
- o No friccionar la zona tras la administración ya que favorece la micro circulación aumentando así el riesgo de hematomas y disminuye el tiempo de absorción del fármaco.
- o Controlar los efectos adversos o secundarios del fármaco tras la administración del mismo.

## 9. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

LA MAYORIA DE LOS PACIENTES REQUIEREN ASISTENCIA EN SU HIGIENE PERSONAL O DEBEN APRENDER TÉCNICAS DE HIGIENE. EL MANTENIMIENTO DE LA HIGIENE PERSONAL ES NECESARIO PARA LA COMODIDAD DEL INDIVIDUO Y PARA SU SEGURIDAD Y SENSACIÓN DE BIENESTAR.

## BAÑO CORPORAL TOTAL.

Definición: Es el medio y el método de aseo del cuerpo, el baño completo o total del cuerpo del paciente puede ser en baño o regadera.

### Objetivo:

- Eliminar microorganismos producidos por las secreciones / excreciones corporales.
- Mejorar la auto imagen.
- Activar la circulación.

### Objetivo de Enfermería:

- Mejorar el auto estima y auto imagen del paciente por medio de la mejoría en el aspecto y sensaciones.

### PREPARACIÓN.

### FUNDAMENTACION.

- DE LA ENFERMERA.

Lávese las manos con lavado de manos higiénico.

Póngase guantes no estériles.  
Póngase una bata.

- DEL MATERIAL.

BAÑO EN LA BAÑERA.

jabón líquido.

esponja de baño.

Toalla de baño y de cara.

Pijama o camisón.

Alfombra de material anti deslizante para el suelo (opcional).

Peine.

Bolsa para la ropa sucia.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**BAÑO EN CAMA.**  
cubeta con agua caliente ( 37 grados  
aproximadamente).  
Esponja de baño.  
Jabón líquido.

Pijama o camisón.  
Crema hidratante.  
Ropa de cama.  
Bolsa para ropa sucia.  
Peine.

• **DEL PACIENTE.**

Informe al paciente de la técnica que va a realizar.

Posición: coloque al paciente en la posición adecuada:

-bañera: bipedestación si el nivel funcional de autocuidado es de 0 / 1.

Sedestación si el nivel funcional de autocuidado es de 2/3.

-cama: decúbito supino.

Compruebe que el entorno físico es seguro para evitar a traumatismos por caídas.

**Reduce ansiedad y facilita su colaboración.**

## EJECUCIÓN.

1. Averigüe el grado de dependencia del paciente.
2. El estado emocional y mental.
3. Los hábitos personales: temperatura del agua, tipo de jabón y horario.
4. El estado de salud y tratamiento que esté recibiendo.
5. Reúna todo el material necesario antes de iniciar el baño.
6. Según estas indicaciones, decida si se debe realizar el baño en la bañera o en la cama.

## BAÑO EN LA BAÑERA.

7. Cierre puertas y ventanas: coloque el indicativo de que el baño está ocupado.
8. Regula presión y la temperatura del agua y pida al paciente que compruebe la temperatura.
9. Coloque la alfombra anti deslizante en el suelo.
10. Desnude al paciente o, si es autónomo, indíquele que lo haga.
11. Introduzca la ropa sucia en la bolsa.
12. proporcione el jabón y la esponja al paciente
13. explique al paciente que primero se lave la cara con agua sola y después se enjabone la piel realizando una fricción suave con movimientos circulares y en el orden siguiente: cuello, hombros, brazos, axilas, manos, uñas, torax, abdomen, espalda, piernas y pies y continuando con la zona genital y perineal.

Nos orienta sobre el nivel de participación que mostrara el paciente en la realización de la técnica.

Nos permite mantener en lo posible su estilo de vida al respecto.  
Permite prevenir posibles complicaciones durante la ejecución de la técnica.  
Evita entradas y salidas innecesarias.

Evita interrupciones y preserva la intimidad.

Evita que el paciente resbale y se caiga.

Utilice jabón neutro



14. Resalte la importancia de insistir en los pliegues cutáneos, espacios interdigitales, zona umbilical y zona sub mamaria ( si es mujer).
15. Explique al paciente que aclare con abundante agua y en dirección descendente.
16. Explique al paciente que seque correctamente la piel, insistiendo en las zonas antes citadas.
17. Aplique una crema hidratante en las zonas que lo requirieron.
18. Vista al paciente con pijama o camisión, y pénelo si el no lo puede hacer por si mismo.

#### BAÑO EN CAMA.

7. Cierre puertas y ventanas.
8. Aísle al paciente mediante cortinas, si la habitación es compartida
9. Lávese las manos y colóquese bata y guantes.
10. Acerque la cubeta al paciente para que compruebe la temperatura del agua.
11. Desnude al paciente y cúbralo con la sabana superior o bien con una toalla.
12. Lave la cara con agua sola y empiece con los ojos
13. Proceda a enjabonar, aclara con abundante agua y seque a fondo, realizando fricciones firmes pero suaves con movimientos circulares
14. Siga el orden siguiente y destape la zona correspondiente: cuello, hombros, brazos, axilas, manos y uñas. Para lavar las manos es preferible acercar una palangana y sumergirlas; si se tiene que cortar las uñas hagalo en forma ovalada
15. Continúe por el tórax, insistiendo en la zona submamaria en las mujeres y en el abdomen; preste una atención especial a la zona umbilical y espacios inguinales

Evita que se quede suciedad

Evita la proliferación de bacterias

Mantiene húmeda la piel.

Evita corrientes de aire.

Preserva la intimidad.

Evita la transmisión de microorganismos.

Preserva la intimidad.

Evite enjabonar en exceso al paciente porque después costará mas aclarar y pueden quedar restos de jabón .

Las uñas se deben de cortar en recto, no hacia los laos. Para dar forma y no dañar los tejidos utilice una lima.

16. Continúa con las extremidades inferiores: primero las piernas y después los pies, insista en los espacios interdigitales y zona genital.
17. Coloque al paciente en decúbito lateral derecho o izquierdo: proceda al lavado y secado de la espalda y zona perianal. Al mismo tiempo observe especialmente las zonas de mayor presión.
18. Aplique una crema hidratante y realice un suave masaje en las zonas que lo requieran.
19. Cambie la ropa de cama, según el estado de salud del paciente.
20. Vista al paciente con pijama o camisón.
21. Péinelo si no lo puede hacer por si mismo.

Permite observar el estado de la piel.

Activa la circulación.

## POST - EJECUCIÓN.

Deje al paciente cómodo y proporciónele bienestar.

Eduque al paciente y / o familia en lo referente a :

- la importancia de la higiene diaria para el mantenimiento de la salud.
- La importancia de la hidratación de la piel.
- La manera de realizar la higiene y tipo de jabón a utilizar.

Lávese las manos con lavado de manos higiénico.

Registre en la historia del paciente:

- técnica ejecutada, día y hora.
- Problemas presentados u observados.
- La respuesta del paciente.
- Firme.

### COMPLICACIONES

- ✓ Lesión.
- ✓ Traumatismo.
- ✓ Intolerancia a la actividad.
- ✓ Infección.
- ✓ Trastorno de auto estima.
- ✓ Alteración de la temperatura corporal.

### CONSIDERACIONES ESPECIALES.

- Observar el nivel de fatiga del paciente durante la ejecución , si fuera preciso, facilitarle períodos de descanso, no sometiéndolo a una higiene perfeccionista y prolongada.
- Controlar los signos vitales y la coloración mucocutánea.
- Comprobar que la piel quede bien seca tras la higiene.
- Seguir el orden corporal indicado al realizar la higiene.
- Evitar mojar los apósitos que el paciente pueda llevar, en caso de que eso ocurra, cambiarlos.
- No mojar otros mecanismos implantados.
- Implicar al paciente en la actividad, para que así progrese en su nivel de independencia
- Proporcionar intimidad y seguridad.
- Entablar conversación con el paciente para ayudarle a expresar sus sentimientos y sensaciones y destacar los aspectos positivos.
- Verificar la temperatura del agua periódicamente durante la ejecución de la técnica, manteniéndola a 37 grados.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## BAÑO CORPORAL PARCIAL.

Definición: Es el lavado únicamente de las partes del cuerpo del paciente que pudieran dar lugar a enfermedades, mal olor o incomodidad, si se descuidaran ( axilas, cara, genitales, región anal, espalda, mamas.)

### Objetivo.

- Reforzar la higiene corporal diaria.
- Activar la circulación ( zonas concretas).

### Objetivos de Enfermería.

- Eliminar microorganismos producidos por las secreciones / excreciones corporales.
- Valorar es estado de la piel y sus anexos.

### PREPARACIÓN.

- DE LA ENFERMERA.

Lávese las manos con lavado de manos higiénico.

Póngase guantes no estériles.

Póngase una bata.

- DEL MATERIAL.

jabón líquido

esponja de baño.

Toalla de baño y de cara.

Pijama o camión.

Crema hidratante.

Ropa de cama.

Bolsa para la ropa sucia.

### FUNDAMENTACION

La enfermera debe retirarse anillos y pulseras y comprobar que sus uñas estan cortas para evitar rasguños

## • DEL PACIENTE.

Informe al paciente de la técnica a realizar y las partes del cuerpo que va a lavar.

Posición: coloque al paciente en la posición adecuada: decúbito supino.

### EJECUCIÓN.

1. Averigüe el grado de dependencia del paciente.
2. el estado emocional y mental.
3. Los hábitos personales.
4. El estado de salud y tratamiento que este recibiendo.
5. Las regiones del cuerpo que requieran ser lavadas.
6. Siga los pasos del 6 al 11 del baño corporal total.
12. Proceda a enjabonar y aclara con bastante agua y seque la piel a fondo, realizando fricciones firmes pero suaves con movimientos circulares.
13. Siga el orden siguiente: axilas, manos y uñas; es preferible sumergir las manos en una palangan.
14. Coloque al paciente en decúbito lateral derecho o izquierdo.

Disminuye su ansiedad y facilita su colaboración.

Nos orienta sobre el nivel de participación que podrá mostrar el paciente en la realización de la técnica.

Nos permite mantener en lo posible su estilo de vida.

Previene posibles complicaciones durante la ejecución.

Destape solo la zona correspondiente

Evita que la piel quede húmeda a la vez que se activa la circulación.

Hace que la suciedad se desprenda más fácilmente.

15. Lave y seque la parte posterior del cuello, espalda y nalgas; observe las zonas de mayor presión.
16. Aplique una crema hidratante realizando masaje suaves en las zonas que lo requieran.
17. Lave la zona genital si el paciente no puede realizarlo.
18. Cambie la ropa de cama dependiendo del estado de salud del paciente.
19. Vista al paciente con pijama o camisón.
20. Péinelo si no lo puede hacer por sí mismo.

Compruebe que se ha realizado un correcto aclarado, evitando que queden restos de jabón que podrían ocasionar irritaciones en la piel, la piel debe quedar bien seca.

Previene la descamación de la piel por sequedad y favorece la circulación / oxigenación.

#### POST - EJECUCIÓN.

Deje al paciente cómodo y proporcione bienestar.

Eduque al paciente y / o familia en lo referente a :

- la importancia de lavar diariamente algunas zonas, en el caso de que no realizara una higiene diaria completa.

Lávese las manos con lavado de manos higiénico.

Registre en la historia del paciente:

- técnica ejecutada, día y hora.
- Problemas presentados u observados.
- Respuesta del paciente.
- Firma

#### COMPLICACIONES:

- Lesión.
- Intolerancia a la actividad.
- Trastornos del auto estima.

#### CONSIDERACIONES

#### ESPECIALES

- o Comprobar que el agua esté a una temperatura adecuada para evitar lesiones en la piel por quemaduras.
- o Considerar la utilización de cremas hidratantes u otras lociones según el tipo de piel.
- Observar el nivel de fatiga del paciente durante la ejecución de la técnica y, si fuera preciso, facilitarle periodos de descanso en lugar de realizar una higiene perfeccionista.
- o Seguir el orden indicado al realizar la higiene
- Evitar mojar los apósitos que el paciente pueda llevar, en caso de que esto ocurra, cambiarlos
- No mojar otros mecanismos implantados.
- Implicar al paciente en la actividad para que así progrese en su nivel de independencia.

ANEXO.

**SIGNOS VITALES.**

SE LES DENOMINA SIGNOS VITALES O CONSTANTES VITALES DEBIDO A SU IMPORTANCIA COMO INDICADORES DEL ESTADO FISIOLÓGICO DEL ORGANISMO Y DE SU RESPUESTA A AGRESIONES FÍSICAS, AMBIENTALES Y PSICOLÓGICAS. LAS CONSTANTES VITALES PUEDEN REVELAR CAMBIOS SUBITOS DEL ESTADO DEL PACIENTE ASI COMO ALTERACIONES QUE SE PRODUCEN EN FORMA AGRESIVA DURANTE UN CIERTO PERIODO DE TIEMPO.

TESIS CON  
PALE. DE ORIGEN

## TEMPERATURA.

Definición. Es el equilibrio entre el calor producido por el cuerpo y el que se pierde; es decir, el calor del cuerpo medido en unidades de calor denominado grados.

### Objetivo.

- Identificar los riesgos de alteración de la temperatura corporal, hipertermia, hipotermia o termorregulación ineficaz.
- Detectar alteraciones de la termorregulación.

### Objetivos de Enfermería.

- Controlar a los pacientes con riesgo de alteraciones en la temperatura ( paciente con infección)

### PREPARACIÓN.

- DE LA ENFERMERA.

Lávese las manos con lavado de manos higiénico.

- DEL MATERIAL.

Termómetro de mercurio.  
Batea.

- DEL PACIENTE.

Informe al paciente sobre la técnica que va a realizar.

Posición: coloque al paciente en la posición adecuada: decúbito supino o en sedestación.

Decúbito lateral derecho / izquierdo.

### FUNDAMENTACION.

Disminuye la transmisión de microorganismos.

Reduce la ansiedad y facilita la colaboración.

Facilita la obtención de la temperatura oral y axilar

Facilita la obtención de la temperatura rectal.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## EJECUCIÓN.

1. Averigue la edad del paciente.

El recién nacido presenta problemas de regulación de la temperatura debido a su inmadurez. En los ancianos esta disminuida y habitualmente la temperatura normal es de 36 grados.

2. El sexo del paciente.

En la mujer una ligera elevación de la temperatura corporal entre 0.3 y 0.5 desde la ovulación hasta la menstruación.

3. El estado de salud y el tratamiento que esta recibiendo.

Nos permite valorar los cambios de temperatura, existen medicamentos con diferentes acciones farmacológicas simultaneas que pueden influir en la perdida de temperatura.

4. Si ha realizado ejercicio.

La actividad muscular incrementa de manera transitoria la temperatura corporal.

5. La existencia de situaciones estresantes.

Emociones intensas como enojo, ira, etc, activan el SNA aumentando la temperatura.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

6. Temperatura ambiental.

La temperatura corporal puede elevarse cuando la temperatura y la humedad ambiental son lo suficientemente altas como para inhibir los mecanismos fisiológicos.

7. Si acaba de comer.

La ingesta de alimento produce un incremento metabólico que eleva ligeramente la temperatura.

TEMPERATURA ORAL.

8. sujete el termómetro entre los dedos índice y pulgar por el extremo opuesto al bulbo y sacuda con movimientos secos y hacia abajo.
9. coloque el termómetro bajo la lengua del paciente.
10. pida al paciente que sujete el termómetro con los labios cerrados durante dos minutos.
11. retire el termómetro y lea el nivel de mercurio manteniéndolo a la altura de los ojos.

Desciende el mercurio hasta el nivel inferior a la graduación.

La colocación del termómetro durante dos minutos no ocasiona variaciones significativas.

Garantiza la lectura correcta.

TEMPERATURA AXILAR

8. sujete el termómetro con los dedos índice y pulgar por el extremo opuesto al bulbo y sacuda con movimientos secos y hacia debajo de la muñeca.

Desciende al mercurio hasta el nivel inferior de graduación.

9. Exponga la axila del paciente y en el que caso de que este húmeda séquela con una toalla dando toques delicadamente.
10. Coloque el termómetro en el centro de la axila manteniendo el brazo del paciente apoyado sobre el pecho.
11. Pida al paciente que mantenga el termómetro en dicha posición durante 5 o 10 minutos. A los niños sujételes el brazo suavemente.
12. retire el termómetro y lea el nivel de mercurio manteniéndolo a la altura de los ojos.

#### TEMPERATURA RECTAL.

8. Sujete el termómetro entre los dedos pulgar e índice por el extremo opuesto al bulbo y sacuda con movimientos secos hacia debajo de la muñeca.
9. lubrique ligeramente el bulbo del termómetro con una gasa.
- 10 Exponga el ano elevando la nalga superior con su mano no dominante.
11. Pida al paciente que realice una inspiración profunda y en ese momento introduzca el termómetro sin forzar de 1.5 a 4 cm.
- 12 mantenga el termómetro en dicha posición durante 2 minutos.
- 13 retire el termómetro y lea el nivel de mercurio manteniéndolo al nivel de los ojos.

para facilitar la inserción del termómetro. La fricción aumenta la temperatura.

Esta posición logra el máximo contacto con los vasos sanguíneos de la axila.

Durante este tiempo se obtiene la máxima fiabilidad.

Desciende el mercurio hasta el nivel inferior de graduación.

El lubricante facilita la inserción del termómetro sin dañar la mucosa rectal.

Facilita la visualización y la inserción.

El inspirar profundamente relaja el esfínter facilitando su inserción la longitud a introducir dependerá de la edad y constitución del paciente ( 1.5 cm bebes, 2.5 niños, 3.7 cm adulto)

Para obtener máxima fiabilidad.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## POST - EJECUCIÓN

Deje al paciente cómodo y proporciónale bienestar.

Eduque al paciente y / o familiar en lo referente a :

- como medir la forma correcta la temperatura.

Limpie correctamente el termómetro con agua y jabón.

Desinfecte el termómetro sumergiéndolo en alcohol de 70grados por 2 o 3 minutos.

Sacuda el termómetro para que baje el mercurio y guárdelo seco.

Registre en la historia del paciente:

- técnica, día y hora.
- Lugar escogido.
- Temperatura obtenida.
- Problemas presentados u observados.
- Firme.

## COMPLICACIONES.

- Lesión de la mucosa.
- Infección.

## CONSIDERACIONES ESPECIALES

- o Vigilar el uso del termómetro en niños y en pacientes poco colaboradores, permaneciendo junto a ellos.
- o Valorar el uso de otro tipo de termómetro ( cinta térmica. Termómetro electrónico)
- o Utilizar termómetros individuales.

## FRECUENCIA CARDIACA.

Definición: es una onda de sangre creada por la contracción del ventrículo izquierdo del corazón.

### OBJETIVOS.

- Determinar si el ritmo del pulso es regular y si la amplitud del mismo es la adecuada.
- Conocer y valorar la frecuencia, ritmo y volumen.

### OBJETIVOS DE ENFERMERIA.

- Determinar si el ritmo del pulso se encuentra dentro de los límites normales.

### PREPARACIÓN.

- DE LA ENFERMERA.

Lávese las manos con lavado de manos higiénico.

### FUNDAMENTACION.

Disminuye la transmisión de microorganismos.

- DEL MATERIAL.

Fonendoscopio (pulso apical o central)

Reloj con segundero.

- DEL PACIENTE.

Informe al paciente de la técnica que va a realizar.

Posición: coloque al paciente en posición adecuada : decúbito supino o sedestación.

Reduce la ansiedad y facilita la colaboración.

posición facilita la palpación de la arteria.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## EJECUCIÓN.

1. Averigue la edad del paciente.

En el RN la frecuencia es de 130 - 140 lat/min. En adultos oscila entre 70 y 80 por minuto. En adultos ancianos el corazón presenta cambios.

2. El sexo del paciente.

Después de la pubertad, al activarse la secreción de hormonas la FC de hombres es mas baja que la mujer.

3. El estado de salud y el tratamiento que esta recibiendo.

Nos permite saber si el paciente tiene enfermedad o tratamiento que aumente o disminuya la FC.

4. La existencia de posibles situaciones estresantes.

La activación del SNA puede ocasionar un aumento de la FC.

5. Si ha realizado algún ejercicio.

La frecuencia de la contracción cardiaca esta relacionada con la actividad metabólica.

## PULSO APICAL.

6. Exponga la zona anterior del tórax. Coloque su dedo índice sobre el quinto espacio intercostal izquierdo, línea media clavicular, desplazándola horizontalmente hacia el lado izquierdo del pecho.

Permite la localización del vértice o apex cardiaco auscultando con claridad el pulso de máximo impulso denominado pulso de ERB o ángulo de Louis

7. temple el diafragma del fonendoscopio sujetándolo previamente en la palma de la mano por 10 segundos.

El contacto con la piel del paciente puede producir escalofríos si no se ha templado previamente.

8. Coloque el diafragma sobre el PMI y pongase los auriculares para poder oír los sonidos cardiacos normales.

9. Si los oye con regularidad use el segundero del reloj cuéntelos por 30 segundos y multiplíquelos por dos.
10. Si la frecuencia cardiaca es irregular cuéntelos por 60 segundos.

#### PULSO PERIFÉRICO : RADIAL

6. Coloque la muñeca en ligera rotación externa palpando con las yemas de los dedos índice, medio y anular sobre el surco existente en la zona radial.
7. Presione ligeramente contra el radio ocluyendo inicialmente el pulso para luego liberar la presión hasta su palpación.
8. Cuando empiece a palpar el pulso utilice un segundero y empiece a contar la frecuencia.
9. si el pulso es regular cuente durante 30 segundos y multiplique por dos, realice el recuento durante 60 segundos si se toma el pulso de un paciente por primera vez.
10. Si el pulso es irregular cuente durante 60 segundos.
11. Valore la frecuencia.
12. Compruebe la fuerza del latido percibiendo la presión ejercida por el pulso contra las yemas de los dedos.
13. palpe pared arterial.

En frecuencias regulares el recuento del medio minuto no supone errores significativos.  
La determinación de de FC es mas exacta cuanto mayor sea el intervalo de medición

Las yemas de los dedos son las partes mas sensibles de las manos para palpar las pulsaciones, esta contraindicado el uso del pulgar porque puede interferir en los resultados.

Una presión moderada facilita la percepción del pulso, una presión superior obstruye el flujo sanguíneo y dificulta el recuento.

En frecuencias regulares el recuento de medio minuto no supone errores significativos

Un pulso irregular requiere de 60 segundos para una valoración exacta.

Un pulso normal tiene el mismo tiempo entre latidos.

La fuerza refleja el volumen de sangre expulsada contra la pared arterial en cada contracción cardiaca.

Indica la flexibilidad de la pared del vaso, esta debe ser lisa, recta, redondeada y elástica.

Si por alguna razón la arteria radial no es accesible, compruebe el pulso en las arterias: temporal, carótíaca femoral, poplítea, tibia Y pedía utilizando el mismo procedimiento

## POST - EJECUCIÓN.

Deje al paciente cómodo y proporciónese máximo bienestar.

Eduque al paciente y / o familia en lo referente a :

- La técnica de controlar el pulso.
- La importancia de los factores de riesgo que afecten a la frecuencia cardiaca.
- Actuaciones pertinentes en situaciones de riesgo.

Lávese las manos con lavado de manos higiénico.

Registre en la historia del paciente:

- técnica ejecutada, día y hora
- localización del pulso.
- Problemas presentados u observados
- Respuesta del paciente.
- Firme.

1

## CONSIDERACIONES ESPECIALES

- o Tener en cuenta los factores que afectan la frecuencia del pulso como son la edad, sexo y ejercicio
- o En personas muy obesas el pulso radial puede ser difícil de palpar es preferible que se busque el pulso apical.
- o Esto contraindicado usar el pulgar ya que podría confundir el ulso de su pulgar con el del paciente.

## RESPIRACIÓN.

Definición: Es el acto de respirar que incluye la entrada de oxígeno y la salida de dióxido de carbono.

### OBJETIVOS.)

- Controlar respiraciones anormales e identificar cambios.
- Conocer y valorar la frecuencia, ritmo y profundidad de la respiración.

### OBJETIVOS DE ENFERMERIA.

- Identificar la influencia de los problemas del paciente sobre la respiración.
- Identificar cualquier medicamento o terapia que pudiera afectar la respiración.

### PREPARACIÓN.

- DE LA ENFERMERA.

Lávese la manos con lavado de manos higiénico.

- DEL MATERIAL.

Reloj con segundero.

- DEL PACIENTE.

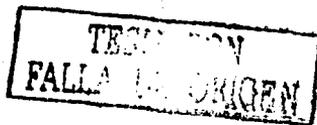
Informar al paciente de la técnica que va a realizar.

Posición. Coloque al paciente en posición adecuada, decúbito supino o sedestacion.

### FUNDAMENTACION.

Disminuye la transmisión de microorganismos.

Reduce la ansiedad y facilita la colaboración.



## EJECUCIÓN.

1. Averigue la edad del paciente. La capacidad pulmonar va aumentando a lo largo del ciclo vital, pero al llegar la vejez disminuye la elasticidad pulmonar.
2. el sexo del paciente. La capacidad pulmonar es mayor en hombre que en mujeres.
3. Postura corporal. La posición supina disminuye la expansión pulmonar, la sedestación o bipedestación la favorecen.
4. Si ha realizado ejercicio. El ejercicio aumenta el metabolismo y la demanda de oxígeno requiriendo aumento de la FR.
5. El estado de salud y tratamiento que esta recibiendo. Las enfermedades específicas de pulmón o la fiebre influyen en la frecuencia y profundidad de la respiración.
6. La existencia de posibles situaciones estresantes. Los fármacos depresores del SNC afectan directamente el centro regulador de la respiración deprimiéndolo.
7. Si tiene hábitos tóxicos: tabaco. El tabaco a largo plazo aumenta la FR y disminuye la capacidad funcional pulmonar.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

8. Coloque los brazos del paciente en una postura relajada cruzándolos sobre la parte inferior del tórax o abdomen.
9. Observe un ciclo respiratorio: inspiración y espiración.
10. Si la respiración es regular cuente durante 30 segundos y multiplique por dos, realice el recuento durante 60 segundos si se valora la respiración de un paciente por primera vez.
11. si la respiración es irregular o presenta anomalía cuente durante el minuto completo.
12. Observe la profundidad y ritmo de la respiración.

Esta posición permite una óptima apreciación de la mecánica respiratoria.

Permite realizar una valoración completa y detectar irregularidades.

En frecuencias regulares el recuento de medio minuto no supone errores significativos.

Un error de + o - 4 en cifras pequeñas es muy significativo.

Los movimientos ventilatorios pueden revelar alteraciones específicas o estados patológicos.

#### POST - EJECUCIÓN

Deje al paciente cómodo y proporciónale bienestar.

Eduque al paciente y / o familiar en lo referente a :

- identificar factores de riesgo que afectan la respiración.
- Las actuaciones pertinentes.

Lávese las manos con lavado de manos higiénico.

Registre en la historia del paciente:

- técnica ejecutada, día y hora
- frecuencia y calidad de la respiración
- problemas presentados u observados.
- Respuesta del paciente
- Firme

## PRESION ARTERIAL.

Definición: es la medida de la presión ejercida por la sangre que circula por las arterias.

### OBJETIVOS.

- Medir y valorar la presión en las arterias.
- Obtener una medición de la tensión arterial basal para evaluaciones posteriores.

### OBJETIVOS DE ENFERMERIA.

- Determinar el estado hemodinámico del paciente (volumen latido del corazón)

### PREPARACIÓN.

- DE LA ENFERMERA.

Lávase las manos con lavado de manos higiénico.

- DEL MATERIAL.

### FUNDAMENTACION.

Disminuye la transmisión de microorganismos.

### Fonendoscopio.

Esfingomanometro o manguito sobre una superficie plana, o fijado en la pared.

Los manguitos han de ser proporcionales a la extremidad para poder ejercer una presión uniforme sobre la arteria.

- DEL PACIENTE.

Informe al paciente de la técnica que va a realizar.

Posición. Coloque al paciente en la posición adecuada: decúbito supino o sedestación con el brazo elegido ligeramente flexionado en supinación..

Disminuye la ansiedad y facilita la colaboración.

En esta postura se garantiza la localización de la arteria braquial y se facilita la colocación del manguito y el fonendoscopio. Es aconsejable realizar el control de la TA antes de levantarse para obtener los valores basales del ritmo metabólico

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## EJECUCIÓN.

### METODO NO INVASIVO.

1. Averigüe la edad del paciente.
2. El estado de salud y tratamientos que esta recibiendo al igual que la existencia de situaciones de estrés.
3. La existencia de lesiones o traumatismos, desviación arteriovenosa o vía venosa periférica.
4. El esfigmomanometro que se va a utilizar.
5. Si ha realizado ejercicios físicos entre 20 y 30 minutos antes.

En las personas ancianas hay un aumento TA, por los cambios en la calidad de la arteria.

Nos permite valorar las diferencias de presión en los pacientes.

La colocación del manguito en la extremidad afectada incrementa la presión y riesgo de lesión.

Hay que verificar el funcionamiento del esfigmomanometro comprobando que el nivel de mercurio parta de 0 mm Hg para obtener una lectura fiable.

La actividad muscular incrementa la TA.

### POR PALPACIÓN.

6. Deje totalmente descubierta la zona donde vaya a colocar el manguito manteniendo el brazo del paciente al mismo nivel que el corazón.

garantiza su correcta colocación y evita una presión añadida, así como falsas lecturas.

7. Coloque el manguito totalmente deshinchado a 2.5 cm por encima del flexo del brazo, enrollando de manera uniforme, ni muy holgado ni demasiado apretado y dejando libre la fosa ante cubital.
8. Centre las dos gomas ( esfigmomanómetro y pera) por encima de la fosa ante cubital.
9. Palpe la arteria radial y mantenga sus dedos sobre ella.
10. Cierre la válvula de la pera y compruebe que el nivel de mercurio parte de 0 mm Hg.
11. Infle de forma rápida el manguito hasta que desaparezca el pulso radial que palpaba y siga inflando de 20 a 30 mm mas.
12. desinfle el manguito rotando la válvula a un ritmo aproximado de 2 mm Hg por segundo.
13. Observe el punto de la escala del manómetro situado al mismo nivel de sus ojos cuando coincida con el primer pulso percibido.
14. desinfle completamente el manguito y retírelo.

la fosa ante cubital permite colocar el fonendoscopio por encima de la arteria sin rozar el manguito.

una presión correcta y constante sobre la arteria braquial.

Informa el nivel de presión ejercida .

Evita la fuga de aire durante la insuflación y se obtiene una lectura fiable.

En este momento deja de fluir sangre a la arteria.

descenso demasiado rápido puede conducir a una lectura inexacta.

primer pulso equivale al inicio de flujo de sangre arterial al liberarse la presión del manguito sobre la arteria (sistólica).

En este momento se establece el flujo sanguíneo a los vasos.

## POR AUSCULTACIÓN.

6. Deje totalmente descubierta la zona donde vaya a colocar el maguito manteniendo e brazo del paciente al mismo nivel del corazón.
7. Coloque el maguito totalmente deshinchado a 2.5 cm por encima del flexo del brazo enrollándolo de manera uniforme, ni muy holgado ni demasiado apretado y dejando libre la fosa ante cubital.
8. Centre las dos gomas ( esfingomanometro y pera) por encima de la fosa ante cubital.
9. Colóquese los auriculares en el canal auditivo y sitúe el diafragama del fonendoscopio sobre la arteria braquial. Asegurese de que se oiga bien.
10. Cierre la válvula de la pera.
11. Desinfle el manguito rotando la válvula a 2mm Hg por segundo.
12. Observe el punto de la escala del manómetro donde se oye el primer ruido claro.
13. Siga desinflando hasta observar el punto en la escala que coincida con la desaparición del sonido, en caso de que no desaparezca tomar el coincidente en el cambio de tonalidad.
14. desinfe el manguito completamente y retirelo.

Garantiza su correcta colocación y evita una presión añadida así como falsas lecturas.

La fosa ante cubital permite colocar el fonendoscopio por encima de la arteria sin rozar el manguito.

Garantiza la presión correcta y constante sobre la arteria braquial.

Garantiza una optima percepción del sonido. La American Herat Association recomienda la utilización de baja intensidad.

Evita la fuga de aire durante la insuflación.

Un descenso demasiado rápido puede conducir a una lectura inexacta.

primer sonido de " Korotkov corresponde a la sistólica.

Coincide con el 5to sonido de Korotkov que equivale a la presión diastólica en adultos según la American Heart Association.

En este momento se establece el flujo sanguíneo a los vasos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 5. Desaparecen los ruidos.

\*Ruidos de KOROTKOV: sonidos percibidos durante la toma de la TA utilizando un esfigmomanómetro y fonendoscopio cuando se libera el aire del manguito, disminuye la presión en la arteria braquial y se oye la pulsación de la sangre a través del vaso.

Se puede percibir 5 fases:

1. al principio se oyen ruidos de golpeteo débil y claro que se van haciendo gradualmente más intensos.
2. Aquí el ruido se asemeja a un chasquido.
3. Los ruidos son más intensos y secos.
4. El ruido se amortigua y se hace suave y apagado.

### POST - EJECUCIÓN

Deje al paciente cómodo y proporciónale bienestar.

Eduque al paciente y / o familiar en lo referente a :

- Detectar los factores de riesgo en la hipo / hipertensión.
- Las actuaciones pertinentes en relación con los factores de riesgo.

Lávese las manos con lavado de manos higiénico.

Registre en la historia del paciente:

- técnica ejecutada, día y hora.
- Extremidad seleccionada
- TA obtenida en mm Hg .
- Los problemas presentados u observados.
- Respuesta del paciente.
- Firme.

### COMPLICACIONES

- Congestión venosa
- Parestesias
- Entumecimiento

### CONSIDERACIONES ESPECIALES.

- Controlar la coloración de la extremidad para poder evitar la congestión venosa por excesiva presión.
- Valorar las molestias notificadas por el paciente para detectar precozmente las complicaciones.

## **ASISTENCIA DE ENFERMERIA EN APLICACIÓN DE VENDAJES.**

**LAS VENDAS APLICADAS SOBRE O ALREDEDOR DE LOS APOSITOS PROPORCIONAN PROTECCIÓN ADICIONAL Y BENEFICIOS TERAPÉUTICOS MEDIANTE PRESION, INMOVILIZACIÓN, SUJECCIÓN, REDUCCIÓN DE EDEMA, FIJACIÓN DE APOSITOS ETC.**

## VENDAJES CONTENTIVOS.

Definición: Vendaje aplicado para crear presión en una parte del cuerpo.

### Objetivo.

- Sujetar apósitos.
- Proteger una zona.

### Objetivos de Enfermería.

- Mantener retorno venoso eficaz en el lugar del vendaje.
- Evitar deformidades y complicaciones de estas.

### PREPARACIÓN.

- DE LA ENFERMERA.

Lávese las manos con lavado de manos higiénico.

Posición ergonómica.

- DEL MATERIAL.

venda de gasa del ancho apropiada.

Vendas de algodón ( opcional).

Venda cohesiva (opcional).

Vendas tubulares de malla ( opcional).

Tijeras

Esparadrapo.

- DEL PACIENTE.

Informe al paciente de la técnica que va a realizar.

Coloque al paciente en una posición cómoda y relajada, en función de la zona que se ha de vendar: decúbito supino, sedestación.

Coloque la extremidad que hay que vendar en una posición funcional.

### FUNDAMENTACIÓN.

Evita la transmisión de microorganismos.

La posición ergonómica variará según la zona que haya que vendar.

Disminuye la ansiedad y facilita su colaboración.

## EJECUCIÓN.

1. Averigüe el estado de salud de la piel del paciente.  
Nos informa del estado actual de la piel donde se va a aplicar el vendaje.
2. la zona corporal.  
Determina el material y tipo de vuelta apropiado para la zona.
3. Las alergias.  
Algún material provoca alergia.
4. La superficie corporal.  
Nos permite saber el tamaño de la venda a escoger.  
Proporciona comodidad al paciente.
5. Facilite al paciente un soporte para la zona que hay que vendar.  
Evita deformidades y molestias posteriores y asegura la efectividad del vendaje.
6. Mantenga la extremidad en relajación muscular y en posición funcional.
7. Sujete el rollo de venda hacia arriba con su mano dominante.
8. Aplique el extremo de la venda en la zona del cuerpo que hay que vendar, sosteniéndolo con el pulgar de la otra mano.  
Esta longitud permite el control de la venda.
9. Desenrolle la venda unos 15 cm de la zona que se ha de vendar.  
Las vueltas de la venda deben ser las suficientes para cubrir el apósito o la zona
10. Cubra la zona realizando vueltas circulares, recurrentes, oblicuas, o en ocho, en función de la zona, aplicando una presión homogénea suficiente para cubrir la zona o sostener el apósito, corte la venda si es necesario con tijeras.
11. fije el extremo distal de la venda con esparadrapo, excepto las vendas cohesivas.  
Las vendas cohesivas se auto adhieren.

## POST - EJECUCIÓN.

Deje al paciente cómodo y proporciónale bienestar.

Eduque al paciente y / o familia en lo referente a :

- mantener limpio y seco el vendaje.
- La importancia de repetir el vendaje si se afloja.
- Avisar la aparición de parestesias, hormigueo, frialdad, o tumefacción.
- La importancia de aflojar el vendaje si aparecen síntomas anteriores.
- La importancia de elevar la extremidad si esta indicado.

Lávese las manos con lavado de manos higiénico.

Registre en la historia del paciente:

- técnica ejecutada, día y hora.
- Problemas presentados u observados.
- Respuesta del paciente.
- Firme.

## COMPLICACIONES.

- Infección ( herida abierta).
- Deterioro de la integridad cutánea.
- Dolor

## CONSIDERACIONES ESPECIALES.

- Realizar la manipulación aséptica del vendaje, especialmente en presencia de heridas abiertas.
- Mantener el vendaje limpio y seco, en heridas exudativas aplicar un vendaje más voluminoso.
- Asegurarse de que no hay pliegues ni dobleces producidos por la venda.
- Realizar el vendaje de las extremidades en posición funcional o en la adecuada a la lesión
- Amohadillar las zonas de pliegues o huecos naturales que van a quedar cubiertas por el vendaje
- Vendar en sentido distal a proximal para favorecer el retorno venoso.
- Siempre que sea posible dejar al descubierto el extremo distal de la extremidad ( dedos)
- Cubrir los apósitos con la venda al menos 5 cm más allá del borde de los mismos, incluyendo la articulación más próxima para evitar deslizamientos del vendaje.
- Enseñar al paciente todo lo referente al vendaje, en provisión del alta.

## VENDAJE COMPRESIVO.

Definición: vendaje aplicado para crear una presión en una parte del cuerpo.

### Objetivo:

- Prevenir o reducir la inflamación.
- Proteger una zona.

### Objetivo de Enfermería:

- Proporcionar una inmovilidad relativa.
- Favorecer el retorno venoso.

### PREPARACIÓN.

- DE LA ENFERMERA.

Lávase las manos con lavado de manos higiénico.

Posición ergonómica.

- DEL MATERIAL.

Vendas de gasa del ancho apropiado.

Vendas elásticas del ancho apropiado (opcional)

Vendas tubulares (opcional)

Algodón (opcional)

Espardrapo

Tijeras.

- DEL PACIENTE.

Informe al paciente de la técnica a realizar.

Coloque al paciente en la posición adecuada y relajada en función de la zona que se va a vendar: decúbito supino, sedestación.

Disminuye la ansiedad y facilita la colaboración.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## EJECUCIÓN.

1. Averigue el estado de salud e la piel del paciente.

Nos informa del estado actual de la piel donde se va a aplicar el vendaje.

2. Su estado de salud.

El tipo de lesión o de enfermedad determina la presión que hay que aplicar según el vendaje a realizar.

3. La superficie corporal

Nos permite seleccionar el tamaño de la venda a utilizar.

4. Las alergias.

Algún tipo de material ocasiona alergias.

### VENDAJE COMPRESIVO.

5. facilite al paciente un soporte para la extremidad que va a vendar.

Proporciona comodidad al paciente

6. mantenga la zona elevada, en relajación muscular y en posición funcional

Favorece el retorno venoso y evita deformidad y molestias.

7. Aplique abundante venda celulosa o algodón alrededor de la extremidad sin apretar y de manera uniforme. Cubra la zona comprendida entre la articulación superior y la inferior a la lesión dejando libres los dedos de las manos o de los pies.

Proporciona un almohadillado base, permite valorar la integridad neurovascular.

8. Sujete la venda de algodón / celulosa en el rollo hacia arriba y cerca de la zona que va a vendar

Facilita el control de la venda.

9. Desenrolle la venda unos 15 cm conforme va cubriendo entre la mitad y los dos tercios de la anchura de la capa anterior.

Ayuda a modelar primeramente el vendaje.

10. Una vez alcanzado el grosor necesario palique sobre el almohadillado vendas de gasa con vueltas circulares y tensándolas sin apretar en una primera capa.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

11. Sujete la venda de gasa con el rollo hacia arriba y cerca de la zona que se va a vendar.
12. Desenrolle la venda unos 15 cm de la zona ejerciendo una fuerte presión de la zona de la parte distal a la proximal y cubriendo entre la mitad y los dos tercios de la anchura de la capa anterior.
13. Realice la vuelta contraria de proximal a distal ejerciendo una ligera presión y cubriendo entre la mitad y los dos tercios de la anchura de la capa anterior.
14. Utilice la venda necesaria hasta que el vendaje realice una compresión uniforme en toda la extremidad. Fije el extremo final con un esparadrapo.
15. Al finalizar compruebe la presión dando golpecitos con sus dedos sobre el vendaje.
16. Verifique la integridad neuro vascular distal y valore la percepción del paciente

#### VENDAJE HEMOSTÁTICO.

5. Coloque al paciente en decúbito supino.
6. Mantenga la zona en relajación muscular y en posición funcional.
7. Inicie el vendaje con la venda elástica, sujetando la venda con el rollo mirando hacia arriba y cerca de la zona que se va a vendar.
8. Proceda desde la parte distal a la proximal, realizando vueltas circulares: sobre las articulaciones, realice vueltas en ocho.
9. Desenrolle la venda unos 15 cm conforme va cubriendo entre la mitad y los dos tercios de la anchura de la capa anterior.
- 10 tense la venda aplicando una presión uniforme

De distal a proximal favorece el retorno venoso

De proximal a distal modela el vendaje

Un sonido timpánico informara de una correcta presión del vendaje.

Favorece la descongestión sanguínea.

Evita deformidades y molestias posteriores y asegura la efectividad.  
Facilita el control de la venda.

Favorece el retorno venoso. Las vueltas en ocho adaptan la venda a la articulación.

Evita la congestión sanguínea.

11. fije el extremo distal con esparadrapo.
  12. al finalizar compruebe que puede introducir un dedo bajo el vendaje
  13. verifique la integridad neuro vascular  
Distal y valore la percepción del Paciente.
- POST - EJECUCION**

Deje al paciente cómodo y proporciónele bienestar.  
Eduque al paciente y / o familia en lo referente a :

- La importancia de mantener seco y limpio el vendaje.
- La importancia de repetir el vendaje si se afloja.
- Avisar de la aparición de parestesias, hormigueo, frialdad o tumefacción.
- La importancia de aflojar el vendaje si aparecen los síntomas anteriores.
- La importancia de elevar la extremidad.
- La importancia de mover las zonas articulares libres del vendaje.

Lávese las manos con lavado de manos higiénico.

Registre en la historia del paciente:

- Técnica ejecutada, día y hora.
- Problemas presentados u observados.
- La respuesta del paciente.
- Firme

#### COMPLICACIONES.

- Alteraciones de la integridad cutánea.
- Disfunción neurovascular periférica.
- Deterioro de la movilidad física.
- Dolor.



#### CONSIDERACIONES ESPECIALES

- Valorar periódicamente el estado neurovascular de la extremidad, especialmente en el vendaje compresivo
- Valorar periódicamente la compresión ejercida por el vendaje.
- Asegurarse de que no hay pliegues ni dobleces producidos por la venda.
- Realizar el vendaje de la extremidad en posición funcional.
- Vendar en sentido distal a proximal ( vendaje hemostático).
- Dejar al descubierto los dedos de los pies o manos para la valoración neurovascular
- Realizar el vendaje hemostático, preferentemente antes de levantarse de la cama.
- Retirar el vendaje hemostático cuando el paciente se vaya a dormir si no hay contra indicación.
- Indicar al paciente que realice la ducha / baño diario después de la retirada de la venda elástica, por la noche.

**FARMACOLOGIA BASICA**

**DEL SERVICIO**

**DE**

**CIRUGÍA GENERAL.**

## AGENTES UTILIZADOS PARA LA ANALGESIA.

### CLONIXINATO DE LISINA.

#### GENERALIDADES.

Analgésico que inhibe a las prostaglandinas sintétasa, bloqueando la síntesis de PGE y PGF2.

#### INDICACIONES.

ANALGÉSICO

#### EFFECTOS ADVERSOS.

Nausea vomito somnolencia mareo , vértigo.

#### CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES.

Embarazo lactancia ulcera péptica, niños menores de 12 años, hipertensión arterial, insuficiencia renal o hepática

Se evitan las anomalías en fetos humanos Deben prevalecer los factores de riesgo, sobre los pretendidos " beneficios" del fármaco a prescribir. **CONTRA INDICADO EN EL EMBARAZO**

### METAMIZOL SODICO ( DAPIRONA).

#### GENERALIDADES.

Inhibe la síntesis de prostaglandinas y actúa sobre el centro termorregulador del hipotálamo.

#### INDICACIONES.

ANALGÉSICO Y ANTIPIRÉTICO.

#### EFFECTOS ADVERSOS.

Reacciones de hipersensibilidad: agranulocitosis, leucopenia, trombocitopenia, anemia hemolítica

#### CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES.

En pacientes con antecedentes de hipersensibilidad a pirazolona y con insuficiencia renal o hepática, discrasias sanguíneas, úlceras duodenales, embarazo y lactancia. No se recomienda su administración en niños. Se evitan las anomalías en fetos humanos. deben prevalecer los factores de riesgo sobre los pretendidos " beneficios" del fármaco a prescribir. **CONTRA INDICADO EN EL EMBARAZO**

### NALBUFINA.

#### GENERALIDADES.

La nalbupina es un analgésico - antagonista de los receptores opioides. Su potencia analgésica es comparable a la morfina.

#### INDICACIONES.

ANALGÉSICO

#### EFFECTOS ADVERSOS.

Cefalea, sedación, náusea, vómito, estreñimiento, retención urinaria, sudoración excesiva, y depresión respiratoria.

#### **CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES.**

Hipertensión intracraneal, insuficiencia hepática y / o renal, inestabilidad emocional. En el embarazo no hay riesgo para el feto. Se carecen de estudios clínicos adecuados para mujeres embarazadas.

### **PARACETAMOL. (ACETAMINOFEN)**

#### **GENERALIDADES.**

Analgésico y antipirético que inhibe la síntesis de prostaglandinas al bloquear a la ciclooxigenasa y actúa sobre el centro termorregulador del hipotálamo. Carece de actividad antiinflamatoria.

#### **INDICACIONES.**

ANALGÉSICO Y ANTIPIRÉTICO.

#### **EFFECTOS ADVERSOS.**

Reacciones de hipersensibilidad: erupción cutánea, neutropenia, pancitopenia, necrosis hepática, necrosis tubulorrenal e hipoglucemia.

#### **CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES**

Hipersensibilidad al paracetamol, enfermedad hepática, hepatitis viral o insuficiencia renal grave. En el embarazo no hay riesgo para el feto, se carece de estudios clínicos adecuados para mujeres embarazadas.

## **AGENTES UTILIZADOS EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS.**

### **CEFALEXINA.**

#### **GENERALIDADES**

Antimicrobiano que inhibe la síntesis de la pared, al bloquear la actividad de las proteínas fijadoras de la penicilinas, enzimas responsables de la fase de transpeptidación en la síntesis de la pared ocasionando lisis de las bacterias sensibles.

#### **INDICACIONES.**

INFECCIONES PRODUCIDAS POR BACTERIAS GRAM POSITIVAS Y GRAM NEGATIVAS.

#### **EFFECTOS ADVERSOS.**

Náusea, vómito, diarrea, reacciones de hipersensibilidad, colitis pseudomembranosa.

#### **CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES.**

Alergia a los betalactámicos, colitis con alteración de la función renal.

En el embarazo no hay riesgo para el feto, se carece de estudios clínicos adecuados para mujeres embarazadas.

#### **CEFALOTINA.**

##### **GENERALIDADES.**

Antimicrobiano que inhibe la síntesis de la pared al bloquear la actividad de las proteínas fijadoras de penicilinas, enzimas responsables de la fase de transpeptidación en la síntesis de la pared ocasionando lisis de las bacterias sensibles

##### **INDICACIONES.**

**INFECCIONES PRODUCIDAS POR BACTERIAS GRAM POSITIVAS Y GRAM NEGATIVAS.**

##### **EECTOS ADVERSOS.**

Nausea vomito diarrea, reacciones de hipersensibilidad, colitis pseudomembranosa, flebitis, trombo flebitis nefrotoxicidad

##### **CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES.**

Alergia a los betaactámicos, colitis con alteración de la función renal. En el embarazo no hay riesgo para el feto, se carece de estudios clínicos adecuados para mujeres embarazadas.

#### **CEFOTAXIMA.**

##### **GENERALIDADES.**

Antimicrobiano que inhibe la síntesis de la pared, al bloquear la actividad de las proteínas fijadoras de las penicilinas, enzimas responsables de la fase de transpeptidación en la síntesis de la pared ocasionando lisis de las bacterias sensibles

##### **INDICACIONES.**

**INFECCIONES CAUSADAS POR BACTERIAS GRAM POSITIVAS Y GRAM NEGATIVAS**

##### **EFECTOS ADVERSOS.**

Anorexia, náusea, vómito, diarrea, colitis pseudo membranosa, dolor en el sitio de la inyección intramuscular, erupción cutánea, síndrome de Steven Jonson, disfunción renal

##### **CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES.**

Enfermedad gastrointestinal, insuficiencia renal, antibióticos nefrotóxicos

En el embarazo no hay riesgo para el feto, se carece de estudios clínicos adecuados para mujeres embarazadas

#### **CEFTRIAJONA.**

##### **GENERALIDADES.**

Antimicrobiano que inhibe la síntesis de la pared al bloquear la actividad de las proteínas fijadoras de las penicilinas, enzimas responsables de la fase de transpeptidación en la síntesis de la pared ocasionando lisis de las bacterias sensibles

##### **INDICACIONES**

**INFECCIONES CAUSADAS POR BACTERIAS GRAM POSITIVAS Y GRAM NEGATIVAS.**

##### **EFECTOS ADVERSOS.**

Anorexia, náusea, vómito, diarrea, colitis pseudo membranosa, Dolor en sitio de la inyección intramuscular, erupción cutánea, síndrome de Steve Jonson, disfunción renal

### **CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES.**

Enfermedad gastrointestinal, insuficiencia renal, antibióticos nefrotóxicos. En el embarazo no hay riesgo para el feto, se carece de estudios clínicos adecuados para mujeres embarazadas.

### **CIPROFLOXACINO.**

#### **GENERALIDADES.**

Antimicrobiano bactericida que inhibe la síntesis de ADN, al bloquear la actividad ranurante y sellante de la DNA girasa e impedir el super enrollamiento de DNA.

#### **INDICACIONES.**

**INFECCIONES PRODUCIDAS POR BACTERIAS GRAM POSITIVAS Y GRAM NEGATIVAS.**

#### **EFFECTOS ADVERSOS**

Cefalea, convulsiones, temblores, náuseas, diarrea, exantema, candidiasis bucal y super infecciones

#### **CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES.**

hipersensibilidad a quinolonas lactancia materna y niños, insuficiencia renal, antecedentes de crisis convulsivas, cataratas. Existen efectos secundarios en fetos de animales de experimentación. No hay hasta el momento estudios adecuados en los seres humanos, por lo que se desconocen los riesgos de su utilización en mujeres embarazadas. La terapia medicamentosa solo es valida cuando el problema de salud indica sin lugar a dudas la necesidad de su empleo

### **CLINDAMICINA.**

#### **GENERALIDADES.**

Antimicrobiano bacteriostático que inhibe la síntesis de proteínas al unirse a la sub unidad ribosomal S05 al bloquear la fase de translocación

#### **INDICACIONES.**

**INFECCIONES POR BACTERIAS ANAERÓBICAS Y GRAM POSITIVAS SENSIBLES.**

#### **EFFECTOS ADVERSOS.**

Nausea, vomito, diarrea, colitis pseudo membranosa, hipersensibilidad

#### **CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES.**

Hipersensibilidad a las lincosamidas, colitis ulcerosa e insuficiencia hepática, asma. En el embarazo no hay riesgo para el feto, se carece de estudios adecuados para mujeres embarazadas

### **FLUCONAZOL.**

#### **GENERALIDADES.**

Antimicótico que inhibe la síntesis de la pared de la membrana al bloquear el esterol 14 alfa desmetilasa, impedir la formación de ergosterol y alterar la permeabilidad de la membrana del hongo

#### **INDICACIONES.**

**CANDIDIASIS MENINGITIS CRIPTOCOCCICA.**

#### **EFFECTOS ADVERSOS.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Nausea, vómito, dolor abdominal, diarrea, disfunción hepática, síndrome de Steve Jonson.

#### **CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES.**

Hipersensibilidad al medicamento, insuficiencia renal. Existen efectos secundarios en fetos de animales de experimentación, no hay hasta el momento estudios adecuados en los seres humanos por lo que se desconocen los riesgos de su utilización en mujeres embarazadas, la terapia medicamentosa solo es valida cuando el problema de salud indica sin lugar a duda la necesidad de su empleo.

#### **METRONIDAZOL.**

##### **GENERALIDADES.**

Antimicrobiano y antiparasitario que en su forma reducida inhibe la síntesis y produce rápida pérdida de la estructura del DNA.

##### **INDICACIONES.**

AMIBIASIS INTRA Y EXTRA INTESTINAL, GIARDIASIS, INFECCIONES POR ANAERÓBIOS.

##### **EFFECTOS ADVERSOS.**

Vértigo, cefalea, nausea, vómito, anorexia, cólicos.

##### **CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES.**

Hipersensibilidad a nitroimidazoles, no usar conjuntamente con alcohol, precauciones en insuficiencia renal y hepática. En el embarazo no hay riesgo para el feto se carece de estudios clínicos adecuados para mujeres embarazadas. De preferencia prescrito por especialistas en caso grave y en pacientes hospitalizados.

#### **BENCILPENICILINA SODICA CRISTALINA.**

##### **GENERALIDADES.**

Antimicrobiano que inhibe la síntesis de las proteínas al bloquear la actividad de las proteínas fijadoras de penicilinas, enzimas responsables de la fase de transpeptidación en la síntesis de la pared produciendo lisis de las bacterias sensibles.

##### **INDICACIONES.**

INFECCIONES DE BACTERIAS GRAM POSITIVAS SENSIBLES

##### **EFFECTOS ADVERSOS.**

Reacciones de hipersensibilidad que incluye choque anafiláctico, glositis, fiebre, dolor en el sitio de la inyección.

##### **CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES.**

Hipersensibilidad, nefritis intersticial, edema angioneurótico, enfermedad del suero. En el embarazo no hay riesgo para el feto, se carece de estudios clínicos adecuados para mujeres embarazadas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## AGENTES UTILIZADOS PARA ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES.

### BUTILHIOSCINA.

Antagonista competitivo sobre los receptores colinérgicos muscarínicos. Es un potente relajante del músculo liso, con efecto inhibidor del peristaltismo intestinal y secreciones gastrointestinales.

#### INDICACIONES.

ANTIESPASMÓDICO. DISMENORREA.

#### EFFECTOS ADVERSOS.

Dificultad para la micción, boca seca, estreñimiento, disminución de la sudación.

#### CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES.

Taquicardia paroxística, asma, íleo paralítico, glaucoma, estenosis pilórica, hipertrofia prostática, acalasia mega colon.

Existen efectos secundarios en fetos de animales de experimentación, no hay hasta el momento estudios adecuados en los seres humanos por lo que se desconocen los riesgos de su utilización en mujeres embarazadas.

### METOCLOPRAMIDA.

#### GENERALIDADES.

Las propiedades procinéticas se deben al antagonismo de los receptores gástricos a la dopamina y al aumento de la liberación de acetilcolina. Su efecto anti emético en la zona quimiorreceptora y en el control cerebral del vomito al antagonismo dopaminérgico.

#### INDICACIONES.

ANTIEMÉTICO. REFLUJO GÁSTRICOESOFÁGICO. ATONIA GÁSTRICA, PREVENCIÓN O DISMINUCIÓN DE LA NAUSEA Y VÓMITO EN LA ADMINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA ONCOLÓGICA.

#### EFFECTOS ADVERSOS.

Extrapiramidismo, somnolencia, astenia, atonia gástrica, fatiga, lasitud, insomnio, cefalea, mareo, hipertensión, náusea, trastornos gastrointestinales, exantema, disminución de la libido.

#### CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES.

Hipertensión arterial, oclusión intestinal, feocromocitoma, y epilepsia. En el embarazo no hay riesgo sobre el feto, se carece de estudios clínicos adecuados para mujeres embarazadas.

### PLANTAGO PSYLLIUM.

#### GENERALIDADES.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El polvo al contacto con el agua se expande y forma una masa coloidal mucilaginoso que en el intestino aumentan el volumen y ablandan al bolo fecal, no se digiere ni se absorbe.

**INDICACIONES.**

**HIPOTONÍA INTESTINAL. ESTREÑIMIENTO.**

**EFFECTOS ADVERSOS.**

Diarrea, cólicos, meteorismo, irritación fecal, reacciones alergicas.

**CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES.**

Oclusion intestinal síndrome abdominal agudo, impacto fetal. En el embarazo se han presentado efectos secundarios en fetos de animales de experimentación. No hay hasta el momento estudios clinicos adecuados en los seres humanos por lo que se desconoce los riesgos de su utilización en mujeres embarazadas. La terapia medicamentosa solo es válida cuando el problema de salud indica sin lugar a duda la necesidad de su empleo.

**RANITIDINA.**

**GENERALIDADES.**

Es un antagonista H<sub>2</sub> que inhibe en forma competitiva la interacción de la histamina con sus receptores lo que disminuye la secreción de ácido gástrico.

**INDICACIONES.**

**ULCERA GASTRODUODENAL. GASTRITIS. TRASTORNOS DE HIPERSECRECION COMO EN EL SINDROME DE ZOLLINGER ELLISON.**

**EFFECTOS ADVERSOS.**

Neutropenia, trombocitopenia, cefalea, malestar, mareo, confusión, bradicardia, náusea, estreñimiento, alteración de sistema.

**CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES.**

Usarse con precaución en insuficiencia hepática o renal. En el embarazo no hay riesgo sobre el feto, se carece de estudios clinicos adecuados para mujeres embarazadas.

**AGENTES UTILIZADOS EN NEFROLOGÍA Y UROLOGÍA.**

**FUROSEMIDE.**

**GENERALIDADES.**

Inhibe la reabsorción de electrolitos en la rama gruesa ascendente del asa de Henle. La excreción de iones de sodio, potasio y cloro aumentan y la excreción de agua se intensifica por bloqueo del sistema Na<sup>+</sup> K<sup>+</sup> 2 Cl<sup>-</sup>.

**INDICACIONES.**

**EDEMA ASOCIADO E INSUFICIENCIA RENAL, CARDIACA O HEPÁTICA. EDEMA PULMONAR AGUDO.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## **EFFECTOS ADVERSOS.**

Nausea, cefalea, hipopotasemia, alcalosis metabólica, disminución del volumen extracelular, hipotensión arterial, sordera transitoria, hiperuricemia, hiponatremia, hipocalcemia, hipomagnesemia.

## **CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES.**

Hipersensibilidad, embarazo en el primer trimestre, insuficiencia hepática, desequilibrio hidroelectrolítico. En el embarazo son evidentes las anomalías en fetos humanos. Deben preverse los factores de riesgo sobre los pretendidos "beneficio" del fármaco a prescribir.

**CONTRA INDICADO EN EL EMBARAZO.**

## **AGENTES UTILIZADOS EN NEUMOLOGÍA**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

### **DEXTROMETORFANO.**

#### **GENERALIDADES.**

Suprime el reflejo de la tos por acción directa en el centro tusígeno del bulbo raquídeo. Eleva el umbral de la tos y su potencia es similar a la de la codeína.

#### **INDICACIONES.**

**TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA TOS.**

#### **EFFECTOS ADVERSOS.**

Somnolencia, mareos, náuseas.

#### **CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES.**

Hipersensibilidad al dextrometorfano, niños menores de 2 años, asma, en el embarazo existen efectos secundarios en fetos de animales de experimentación. No hay hasta el momento estudios adecuados en los seres humanos por lo que se desconoce los riesgos en mujeres embarazadas.

### **SALBUTAMOL.**

#### **GENERALIDADES.**

Agonista betaadrenérgico con acción selectiva sobre estos receptores en el músculo liso y con mínima o ausente acción a nivel cardiovascular. Al llegar a los bronquios, bronquiolos y alveolos provoca broncodilatación.

#### **INDICACIONES.**

**TRATAMIENTO DE BRONCOESPASMO EN ASMA, BRONQUITIS Y ENFISEMA.**

#### **EFFECTOS ADVERSOS.**

Taquicardia, taquiarritmia, temblores, nerviosismo, intranquilidad y palpitaciones, insomnio, mal sabor de boca, molestias orofaríngeas, dificultad de la micción, aumento o disminución de la presión arterial, raramente ansiedad, dolor torácico.

#### **CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES.**

Hipersensibilidad a las aminas simpáticas miméticas, arritmias cardíacas, hipertensión arterial, enfermedad de Parkinson, tirotoxicosis, insuficiencia coronaria, utilizarlo con precaución en hipertensos, diabéticos o enfermos de cetoacidosis, enfermos ancianos o debilitados deben

tratarse con dosis mas bajas que los adultos. Es importante señalar a los pacientes no aumentar las dosis pues puede ser causa de trastornos cardiacos. En el embarazo existen efectos secundarios en animales de experimentación . no hay hasta el momento estudios adecuados en los seres humanos por lo que se desconocen los riesgos de su utilización en mujeres embarazadas.

TEL. CON  
FALLA DE ORIGEN

## GLOSARIO

**Administración por inhalación.** Introducción del fármaco a lo largo de la vía respiratoria con fin de alivio rápido a nivel local.

**Administración intramuscular.** Absorción rápida de medicamento en solución acuosa y solución oleosa, puede usarse para prever un receptáculo de absorción lenta del medicamento.

**Administración intravenosa.** Vía directa que evita las barreras de absorción, es la más peligrosa en virtud de que se suministran concentraciones muy altas del medicamento a los órganos blandos con mucha rapidez.

**Administración oral.** Es la que se utiliza con más frecuencia por comodidad y eficacia del fármaco.

**Administración subcutánea.** Por lo general el medicamento se absorbe de manera lenta, las sustancias irritantes son particularmente dolorosas y no es posible administrar grandes volúmenes.

**Administración tópica.** Incluye aplicación del fármaco para obtener un efecto local, sobre la piel, ojos, nariz, garganta, y superficie vaginal.

**Aislamiento.** Medidas emprendidas para prevenir la diseminación de microorganismos entre enfermos, personal, y visitantes del hospital.

**Alimentación enteral.** Es la provisión de nutrientes líquidos a través de la vía oral, SNG, o mediante una abertura en el tubo digestivo.

**Atelectasia.** Es la expansión incompleta de un pulmón o una parte de él.

**Drenaje postural.** Procedimiento en que por acción de la gravedad favorece la salida de secreciones bronco pulmonares a través de la tráquea expulsada por tos.

**Enema.** Instalación de una solución dentro del recto y colon sigmoide. Su objetivo es fomentar la defecación por medio de peristaltismo.

**Frecuencia cardíaca.** Es una onda de sangre creada por la contracción del ventrículo izquierdo de corazón.

**Gastrostomía.** Operación en la que se hace un orificio en el estómago y tiene como fin administrar a través de él líquidos y alimentos.

**Hemotórax.** Colección de sangre en la cavidad pleural.

**Hidroneumotórax.** Es la entrada de aire y líquido a la cavidad pleural.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Língula.** Expansión desde la porción inferior del lóbulo superior del pulmón izquierdo hasta debajo de la incisura cardiaca.

**Monitorización cardiaca.** Registro del impulso eléctrico del corazón.

**Neumotorax.** Enfermedad producida por la entrada de aire exterior a del aire pulmonar en la cavidad pleural.

**Nutrición parenteral total.** Método de suministrar nutrimentos al cuerpo por la vía intravenosa, cuando no conviene o no es posible cubrir estas necesidades a través de la vía digestiva.

**Nutrición parenteral parcial.** Satisface parcialmente los requerimientos nutritivos del paciente, es un suplemento.

**Ostomia.** Son intervenciones quirúrgicas que consisten en una salida artificial conocida como estoma, su función dar salida a contenido intestinal, fecal u orina.

**Pancreatitis.** Es la inflamación del páncreas, es un trastorno que depende de la propia digestión del órgano.

**Paro cardíaco pulmonar.** Es la sensación súbita e inesperada de la respiración y de la función respiratoria.

**Percusión.** Golpecitos rápidos dados con el borde de la mano y alternativamente con las dos.

**Penrose.** Es el sistema más usado para la evacuación de líquido a través de una incisión cutánea.

**Pleurevac.** Es un equipo de drenaje con cierre de agua.

**Preoperatorio.** Periodo de la preparación física y psíquica determinado por las necesidades de cada paciente. Trascurre desde el momento de admisión al hospital hasta la intervención quirúrgica.

**Presión arterial.** Es la medida de la presión ejercida por la sangre que circula por las arterias.

**Presión venosa central.** Medición en cm de agua de la presión de la vena cava o aurícula derecha usando un cateter introducido en la vena subclavia.

**Post - operatorio.** Periodo que comienza al finalizar la intervención quirúrgica y el paciente ingresa a el área de recuperación.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Reanimación cardiopulmonar.** Restablecimiento de la vida o de la conciencia de una persona aparentemente muerta por medio de maniobras como la respiración artificial y masaje cardiaco externo, para conservar la circulación adecuada hasta iniciarse tratamiento definitivo.

**Respiración.** Es el acto de respirar que incluye la entrada de oxígeno y la salida de dióxido de carbono.

**Ruidos de Korotkov.** Son percibidos durante la toma de la TA, utilizando un esfigmomanómetro y fonendoscopio y se pueden percibir cinco fases: golpeteo débil y claro, ruidos semejante a chasquido, ruidos secos e intensos, ruido suave y apagado, desaparece el ruido

**Temperatura.** Es el equilibrio entre el calor producido por el cuerpo y el que se pierde.

**Terapéutica respiratoria.** Administración de medicamentos y gases terapéuticos por la vía respiratoria.

**Toracotomía.** Consiste en la introducción de una o más sondas flexibles en el espacio pleural para evacuar el aire, sangre o acumulación de líquido.

**Vendaje.** Es la aplicación de una banda continua de material tejido a alguna parte del cuerpo.

**Vendaje correctivo.** Es el vendaje aplicado para corregir una deformidad

**Vendaje compresivo.** Vendaje aplicado para crear presión en una parte del cuerpo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

*DERECHOS DEL PACIENTE.*

- ❖ El paciente tiene derecho a que se le atienda con respeto y consideración.
- ❖ El paciente tiene derecho a obtener de su médico toda la información disponible relacionada con su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, en término razonable y comprensible para él.
- ❖ El paciente tiene derecho a saber el nombre completo de su médico responsable de coordinar su atención.
- ❖ El paciente tiene derecho a que su médico le comunique todo lo necesario para que pueda dar su consentimiento informado previamente a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento específico, los riesgos médicos significativos asociados y la probable duración de su discapacidad, cuando hay otras opciones de atención o tratamiento modificante significativas o cuando el paciente quiere conocer otra posibilidad, tiene derecho a recibir dicha información
- ❖ El paciente tiene derecho a rechazar el tratamiento en la medida que lo permita la ley, también tiene derecho a ser informado de las consecuencias médicas de su acción.
- ❖ El paciente tiene derecho a que se tenga en cuenta su intimidad en relación con su propio programa de atención la discusión del caso, las consultas, las exploraciones y el tratamiento son confidenciales y deben conducirse con discreción, quienes no estén directamente implicados en su atención deben tener la autorización del paciente para estar presentes.
- ❖ El paciente tiene derecho a que todas las comunicaciones y registros relativos a su atención sean tratados confidencialmente.
- ❖ El paciente tiene derecho a esperar que un hospital de acuerdo a su capacidad le de una respuesta razonable a su petición de servicio, el hospital debe brindar una evaluación, servicio o remisión a otra institución según lo indique la urgencia.
- ❖ El paciente tiene derecho a ser advertido en caso de que el hospital se proponga a realizar experimentación humana que afecte su atención o tratamiento, el paciente tiene derecho a rechazar su participación en dichos proyectos de investigación.
- ❖ El paciente tiene derecho a conocer las normas y reglamentos hospitalarios aplicables a su conducta como paciente.
- ❖ El paciente tiene derecho a examinar y recibir explicación de la factura de los gastos independientemente de quien vaya a cubrir la cuenta.
- ❖ Ningún catálogo puede garantizar al paciente la clase de tratamiento que tiene derecho a esperar. Un hospital debe realizar funciones diversas incluyendo la prevención y el tratamiento de las enfermedades, educación de los profesionales de salud, de los paciente y la realización de investigaciones clínicas. Todas las actividades deben estar supeditadas al interés del paciente y sobre todo al reconocimiento de su dignidad como seres humanos. Este conocimiento cabal es la mejor garantía para la defensa de los derechos del paciente.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## BIBLIOGRAFÍA.

- ATKINSON, k. Técnicas de quirófano. 7º. Edición. Editorial Interamericana Mc Graw Hill, México, 1997.
- BEARE, M. Enfermería medico quirúrgica. 3ª. Edición. Editorial Hardcourt, Madrid, España.
- BRUNNER, Manual de procedimientos de Enfermería. Editorial Interamericana Mc. Graw Hill, México 1999.
- D. LE MAITRE, G. Enfermería quirúrgica. 4ª edición. Editorial Interamericana Mc Graw Hill.
- DIAZ Aguado, J. Manual básico de Enfermería: técnicas y quirúrgico. Editorial Díaz de Santos.
- GOODMAN & GILMAN. Las bases farmacológicas de la terapéutica. 9ª. Edición. Editorial Interamericana Mc Graw Hill.
- HENDERSON, V. G. Nite. Enfermería teórica y practica. Vol. 4. Editorial científica la Prensa médica Mexicana. S.A de C.V. México 1998.
- Esteve, J. Enfermería técnicas clínicas. 1ª edición. Editorial Interamericana Mc Graw Hill.
- KATZUNG G, B. Farmacología básica y clínica. Editorial Manual Moderno.
- KING, E. Técnicas de Enfermería manual ilustrado. 3ª edición. Editorial Interamericana Mc Graw Hill. México 1999.
- KOZIER, B. Fundamentos de Enfermería conceptos, proceso y práctica. Editorial interamericana Mc Graw Hill.
- NETTINA, S. Manual de Enfermería práctica de Lippincott. Editorial Interamericana Mc Graw Hill México 1999.
- POTTER, P. Fundamentos de enfermería. 5ª edición. Editorial Mosby. Barcelona España.
- PONCE DE LEON, M. Manual de prevención y control de infecciones hospitalarias. Organización panamericana de la salud / OPS/ OMS. Glaxo de México.
- PRONTUARIO DE MEDICAMENTOS GENERICOS INTERCAMBIABLES. CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL. Septiembre 1999.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

SABISTAN Ch. Principios de cuidados preoperatorios del paciente quirúrgico. 10ª edición. Editorial Interamericana Mc. Graw Hill.

SHIRLEY, M. B. Enfermería de quirófano. Editorial Interamericana Mc. Graw Hill.

SMITH .. Enfermería médico quirúrgica. 3ª. Edición Editorial Interamericana Mc. Graw Hill.

SUZANNE, LI. Manual de farmacología. 3ª. Edición. Editorial Limusa. México 1996.