

00921
167



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA
PARA EL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y
RECONSTRUCTIVA DEL
HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ"**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTA:**

**VALLARTA CORTÉS LAURA BETSABÉ
NO. DE CUENTA: 9623166-1**

DIRECTORA DE TRABAJO

MTRA. NORBERTA LÓPEZ OLGUÍN



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MÉXICO, DF., 2003

**ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**



SECRETARÍA DE ASUNTOS ESCOLARES

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.

TESIS CON FALLA
DE
ORIGEN

AGRADECIMIENTOS.

Con admiración y cariño a todos mis maestros que durante esta etapa de mi vida me brindaron su conocimiento y su apoyo.

A la maestra Norberta López O. por el tiempo y dedicación en el asesoramiento de este trabajo.

Al servicio de cirugía plástica y reconstructiva del Hospital General "Dr. Manuel Gea González", por las facilidades brindadas y la orientación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

b

DEDICATORIAS.

A mis padres por su amor, apoyo y la motivación que día a día me dieron hasta ver realizadas mis aspiraciones.

A mi familia por el apoyo que me dieron cuando lo necesite y por el estímulo constante hasta culminar esta etapa de mi vida.

A mis amigos quienes con su ayuda desinteresada colaboraron a la realización del presente manual.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

c

INDICE.

I. Introducción.....	1
II. Justificación.....	2
III. Objetivo general.....	3
3.1 Objetivo específico.....	3
IV. Metodología.....	4
V. Intervenciones de enfermería en las cirugías más frecuentes.....	5
VI. Procedimientos de enfermería.....	16
6.1 Signos vitales.....	16
6.1.1 Temperatura corporal.....	17
6.1.2 Frecuencia cardiaca.....	20
6.1.3 Frecuencia respiratoria.....	23
6.1.4 Tensión arterial.....	26
6.2 Higiene.....	30
6.2.1 Baño de esponja.....	31
6.2.2 Baño de regadera.....	37
6.3 Preparación de cama y habitación.....	38
6.3.1 Tendido de cama ocupada.....	39
6.3.2 Tendido de cama desocupada.....	44
6.3.3 Tendido de cama quirúrgica.....	49
6.4 Medidas de protección.....	51
6.4.1 Lavado de manos.....	51
6.4.2 Medidas de aislamiento.....	55
6.5 Administración de soluciones intravenosas.....	62
6.6 Administración de medicamentos:	68
❖ Oral sólido.	
❖ Oral líquido.	
❖ Tópica.	
❖ Oftálmica.	
❖ Ótica.	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

J

- ❖ Nasal.
- ❖ Rectal.
- ❖ Intradérmica.
- ❖ Subcutánea.
- ❖ Intramuscular.
- ❖ Intravenosa.

6.7 Oxigenoterapia.....	82
6.7.1 Cánula nasal.....	83
6.7.2 Mascarilla con reservorio.....	87
6.8 Fisioterapia pulmonar.....	89
6.8.1 Percusión.....	89
6.8.2 Drenaje postural.....	94
6.8.3 Aspiración de secreciones orotraqueales.....	100
6.8.4 Aspiración de secreciones por traqueostomía.....	103
6.9 Circulación.....	106
6.9.1 Aplicación de vendajes.....	106
6.9.2 Medición de la presión venosa central.....	111
6.9.3 Instalación de un catéter central.....	114
6.10 Nutrición.....	119
6.10.1 Instalación de sonda nasogástrica.....	119
6.10.2 Alimentación por gastrostomía.....	123
6.11 Eliminación.....	126
6.11.1 Sondaje vesical.....	126
6.11.2 Manejo de drenajes.....	134
6.11.2.1 Penrose y drenovac.....	134
6.11.3 Administración de un enema.....	137
VII. Glosario.....	143
VIII. Bibliografía.....	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I. INTRODUCCIÓN.

La realización de este manual de procedimientos esta basado en las actividades de enfermería realizadas en el servicio de cirugía plástica y reconstructiva el cual desea presentar las intervenciones de enfermería que es de gran importancia pues es el profesional que más tiempo dedica al cuidado del paciente, por lo tanto participa fuertemente para la conservación y restauración de la salud.

La cirugía plástica y reconstructiva brinda al paciente la corrección de algún defecto estético, ya sea por herencia, nacimiento, o bien por algún accidente que produce alguna alteración y se aplica a toda persona que lo solicita.

El contenido de este manual, mostrará las intervenciones de enfermería tanto generales como específicas, de las cuales depende el bienestar del paciente; así mismo se describirán una a una las técnicas más usuales en este servicio, cada una con su respectivo procedimiento a seguir, no dejando de lado la fundamentación teórica.

Es así como se integran los aspectos más importantes que contiene este manual y de los cuales se espera sean de utilidad para quien los revise.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

II. JUSTIFICACIÓN.

El servicio de cirugía plástica y reconstructiva, brinda atención a todos los grupos de edades desde recién nacidos hasta adultos, con dos objetivos: 1) para mejorar la función y 2) para mejorar la estética. La trascendencia de este servicio radica en que el 90% de los casos atendidos ayudan a recuperar el funcionamiento de algún órgano, aparato o sistema del ser humano para permitirle su independencia e interacción con su entorno. Para cumplir con dicha atención es necesario la interacción del grupo interdisciplinario de salud, entre ellos el grupo de enfermería con quienes más tiempo interactúan ayudando al paciente a través de sus intervenciones.

Cabe recalcar la necesidad de brindar un cuidado de enfermería específico para cada una de las cirugías que se realizan en el servicio, además se debe tener en cuenta que al paciente se le debe otorgar un apoyo psicológico antes y después de la cirugía ya sea: reconstructiva cuyo fin es corregir deformidades o defectos tanto congénitos como adquiridos por procesos patológicos degenerativos o por traumatismo y plástica cuyo fin es mejorar el aspecto físico actual del paciente.

La finalidad del manual es mostrar de forma clara las cirugías más frecuentes y los procedimientos que el personal de enfermería brinda a los pacientes, así también dárselos a conocer al personal, pasantes y estudiantes para así tener una mejor atención y un pronto restablecimiento.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

III. OBJETIVO GENERAL.

- ❖ Contar con los procedimientos generales y específicos de enfermería condensados en un manual de procedimientos para mejorar la calidad de los cuidados de enfermería que permitan un mejor servicio en cirugía plástica y reconstructiva.

3.1 OBJETIVO ESPECÍFICO.

- ❖ Identificar las técnicas más usadas en el servicio de cirugía plástica y reconstructiva.
- ❖ Contar con un manual de procedimientos que respalde las intervenciones de enfermería.
- ❖ Mejorar la calidad de los cuidados de enfermería.
- ❖ Buscar la perfección en las técnicas de enfermería.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

IV. METODOLOGÍA.

La metodología utilizada en la elaboración de este manual se baso en criterios generales y particulares que describen uno a uno los procedimientos que se llevan a cabo y los cuales están estructurados de la siguiente manera:

- ❖ CONCEPTO.
- ❖ OBJETIVO.
- ❖ PRINCIPIO.
- ❖ MATERIAL Y EQUIPO.
- ❖ TÉCNICA / PROCEDIMIENTO.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

V. INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN LAS CIRUGÍAS MAS FRECUENTES.

La atención de enfermería al paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente, se delimita en tres periodos:

Preoperatorio.
Transoperatorio.
Postoperatorio.

Cabe recalcar que las intervenciones del periodo transoperatorio no se llevan a cabo en el servicio de hospitalización de cirugía plástica y reconstructiva por lo cual sólo se mencionarán los periodos pre y postoperatorios.

Periodo preoperatorio.

Es el lapso que transcurre desde la decisión para efectuar la intervención quirúrgica al paciente, hasta que es llevado a la sala de operaciones. Este periodo se divide en mediato que es el que abarca desde la toma de decisión hasta su ingreso al servicio de hospitalización y el inmediato es desde su ingreso al servicio hasta la entrega del paciente al personal de quirófano.

Las acciones de enfermería en este periodo tienen como objetivo preparar psíquica y físicamente al paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente.¹

Considerando la actualización de los elementos del paradigma de enfermería se puede afirmar que la preparación psicológica se inicia desde el momento en el que se descubre la necesidad de la intervención quirúrgica y en algunas ocasiones también se inicia la preparación física mediata.

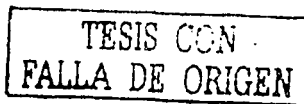
Las intervenciones que se proporcionan durante este periodo son similares en todas las cirugías y son las siguientes:

Somatometria.

La estatura se mide con una barra graduada. El paciente permanece de pie y recto con los tobillos juntos, los glúteos y la cabeza contra la barra de medida mirando ligeramente hacia arriba. La enfermera eleva el señalador de medida deslizándolo por la barra que descansa sobre la cabeza del paciente, en ese punto se toma la medida. En el caso del peso los pacientes se suben a una plataforma y se lee el peso en un brazo de balanza.

Se toma la somatometria ya que proporciona una valoración general de la salud.

¹ Rosales Susana. Fundamentos de enfermería. Editorial Manual Moderno. México 1999. p. 415.



Valoración de los signos vitales.

Los signos vitales son la temperatura corporal, el pulso, la respiración y la tensión arterial; ya que los signos vitales anómalos pueden indicar alteraciones que incrementen el riesgo de la cirugía.

Preparación física del paciente mediata.

Estado nutricional- las enfermeras deben determinar cualquier posible síntoma de desnutrición. Una de las formas para establecer el estado alimenticio es mediante un informe controlado del peso del paciente. Dos problemas nutricionales, como son la obesidad y la falta de proteínas, hierro y vitaminas pueden elevar el riesgo quirúrgico. En los pacientes obesos, la intervención suele posponerse a menos que se trate de una urgencia. Estos pacientes tienen una sobrecarga cardíaca y alta tensión arterial. Además, las incisiones en tejidos grasos suelen ser difíciles de coser y favorecen las infecciones. Las proteínas y vitaminas son necesarias en el proceso de cicatrización; la vitamina k es esencial para la coagulación sanguínea.

Valoración de los signos vitales- valorarlos para detectar alteraciones y así poder evitar complicaciones durante y después de la cirugía.

Valoración prequirúrgica- consiste en saber los antecedentes hereditarios, si se le ha realizado cirugía previa y que tipo de anestesia se utilizó. Cualquier infección o patología aumenta el riesgo en la cirugía.

Preparación física del paciente inmediata.

Esta incluye líquidos y nutrición, eliminación, higiene, retiro de pertenencias y prótesis, medicación, preparación quirúrgica de la piel y vendajes.

Líquidos y nutrición.

Lo que respecta a los líquidos se administran soluciones intravenosas, más adelante se explica como, porque esto restablece o conserva el equilibrio de líquidos y electrolitos, y aparte porque se cuenta con un vehículo para administrar medicamentos.

Debido a que los anestésicos deprimen el funcionamiento gastrointestinal y se pueden producir vómitos durante la administración de una anestesia general, el paciente debe ayunar al menos 6 u 8 horas antes de la intervención quirúrgica. El paciente y sus familiares deben entender porque es necesario el ayuno.

Eliminación.

Administrar los enemas preoperatorios requeridos, ya que el vaciamiento de los intestinos evita que su contenido sea expulsado involuntariamente y ayuda a prevenir la distensión abdominal, los gases y la impacción fecal postoperatoria.

Si se prescribe sonda foley, su aplicación se hará el mismo día de la intervención, así, se asegura el vaciado de la vejiga que previene una posible lesión en la misma, sobre todo, si se trata de una operación pélvica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Higiene.

Los pacientes pueden elegir tomar un baño la noche anterior o la mañana de la intervención. También se debe prestar atención a las uñas, que deben estar limpias, eliminar cualquier cosmético dejándolas visibles, al igual que los labios y la piel, para valorar la circulación sanguínea durante y después de la intervención. También se utilizan gorros quirúrgicos que tapan el pelo del paciente y evitan cualquier posible contaminación por este medio.

Retiro de pertenencias y prótesis.

Indicarle al paciente que se retire joyas y prótesis, ya que las joyas pueden salirse de lugar y causar lesión durante la colocación del paciente, los anillos pueden reducir la circulación de los dedos. Las prótesis pueden perderse o deteriorarse durante la intervención quirúrgica, en la preparación preoperatoria de los niños de los niños es importante observar la presencia de dientes aflojados, ya que los músculos de la faringe se relajan durante la anestesia y si hay un diente flojo se puede caer a la faringe y ser aspirado a las vías respiratorias.

Medicamentos.

Administración de medicamentos preanestésicos, según la prescripción del médico. Los medicamentos preanestésicos es el conjunto de drogas administradas al paciente con anticipación a la anestesia y cuya finalidad es modificar en forma saludable el curso de la misma. Disminuye o suprime la ansiedad, el temor o la angustia y producir algún grado de amnesia. Disminuye o suprime el ácido gástrico y la irritabilidad refleja (vagal).

Preparación quirúrgica de la piel.

Consiste en humedecer la piel y enjabonarla, utilice una aguja de rasurar muy afilada para eliminar todo el vello en el sitio de la operación y a su alrededor. Tenga cuidado de no rasguñar la piel debido a que la herida producida puede ser fuente de infecciones. Enjuague y seque cuidadosamente. La limpieza y rasurado de la zona operatoria facilitan su asepsia y visibilidad, además de disminuir la posibilidad de infección.

Vendajes.

Aplique vendas en extremidades inferiores porque favorece el retorno venoso y reduce el riesgo de formación de trombos.

Apoio psicológico al paciente y a la familia.

Cuando los pacientes son adultos la relación enfermera-paciente se inicia con la presentación, dependiendo mucho la actitud de la enfermera para dar seguridad al paciente, ya que ésta necesita ayudarlo a expresar sus preocupaciones en relación del problema presentado, de no haber claridad brindarle el apoyo necesario para clarificarlo o bien para aceptar los riesgos o el éxito del tratamiento.

Si el paciente asume los riesgos y sabe que la cirugía no puede tener el éxito esperado, el resultado es lo que menos le debe preocupar y si esta la enfermera para apoyarlo es más fácil que acepte esto.



Ahora bien cuando el paciente es menor se debe tener una amplia comunicación con los miembros significativos de la familia para darles el apoyo necesario, estimulándolos a permanecer en el hospital, animándolos a seleccionar y asumir papeles específicos en la atención del niño.

Preguntar a la familia sus inquietudes y temores respecto al estado del niño y sus expectativas sobre los resultados del tratamiento para disipar las dudas.

Explicar la preparación preoperatoria a los adultos responsables para darles la seguridad de que se están llevando a cabo las instrucciones dadas para antes de la cirugía.

Explicar también la apariencia que tendrá el niño y los motivos de su aspecto y del equipo que lleva incorporado para evitar que los padres tengan una impresión fuerte al verle.

Explicar a la familia lo que pueden hacer y que es lo que compete al personal de enfermería, para no interferir en el tratamiento.

Entrega del paciente a quirófano.

Entrega del paciente al personal de enfermería circulante con el expediente clínico completo, porque el proceso de comunicación incrementa una relación de ayuda.²

Período postoperatorio.

Es el lapso que transcurre desde que finaliza la intervención quirúrgica, hasta que el paciente es dado de alta. Este período se divide en inmediato que es desde que el paciente sale de quirófano hasta que deja la sala de recuperación y el mediato es desde que llega al servicio de hospitalización de cirugía plástica y reconstructiva hasta que es dado de alta.

Las acciones de enfermería en este período tiene como objetivo obtener una recuperación general óptima.³

Las intervenciones postoperatorias se desarrollan a continuación.

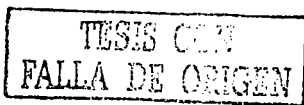
Injertos cutáneos y colgajos.

Los injertos cutáneos se emplean en cirugía reconstructiva para cubrir una herida abierta y proteger las estructuras subyacentes. Un ejemplo es la reparación quirúrgica de las úlceras de decúbito cuando no es posible la cicatrización por primera o segunda intención.

Un injerto cutáneo se crea separando quirúrgicamente una parte de la epidermis y la dermis de su aporte sanguíneo antes de transplantarla a otra zona. Los injertos cutáneos de espesor parcial constan de epidermis y una porción de la dermis. Los injertos cutáneos de espesor completo contienen epidermis y toda la dermis. Ambos tipos se utilizan para cubrir grandes defectos superficiales. La supervivencia del injerto cutáneo depende del crecimiento de vasos sanguíneos en la zona donde se transplanta el injerto.

²Kozier Bárbara. Enfermería fundamental. Conceptos, procesos y práctica. 4ª edición. Editorial interamericana. México 1993. p. 1442.

³Rosales Susana. Op. Cit. p. 439.



Los colgajos son fragmentos de tejido que se transfieren de una zona corporal a otra adyacente, manteniendo el riego sanguíneo a través de su base. Los colgajos se utilizan para sustituir tejidos perdidos y cubrir heridas, huesos, tendones o nervios expuestos. Pueden emplearse para cubrir zonas con mala vascularización. Esto sucede cuando es necesaria una cobertura extra, como en la cirugía reconstructiva de úlcera de decúbito o cuando es necesario cubrir cartílago y huesos.

Intervenciones de enfermería postoperatorias.

Valorar signos vitales. Para evitar complicaciones ya que una temperatura elevada es signo de infección, por lo tanto se debe conservar un ambiente tibio.

Administrar medicamentos. Analgésicos para facilitar la expansión pulmonar y disminuir el dolor.

Valorar injerto y colgajo. Valorar circulación, color, temperatura y relleno capilar; es necesario valorar constantemente el colgajo e injerto en el postoperatorio. La perfusión tisular puede disminuir debido a edema o posición inadecuada. La palidez, cianosis, frialdad o edema pueden indicar perfusión tisular inadecuada. La presión y estiramiento pueden disminuir el riego sanguíneo del injerto.

Cuidados de drenaje. Limpiar y valorar el punto de drenaje para evitar una infección. Vacíe la bolsa recolectora para evitar la acumulación de drenaje. Mida la cantidad de drenaje ayuda a establecer el equilibrio de líquidos y anote sus características ya que pueden indicar infección.

Cuidados de herida quirúrgica. Colocar apósito ya que protege la herida de la contaminación externa. Limpieza de la herida porque previene infecciones y ayuda a la pronta cicatrización. Mantener la herida o apósito limpio y seco porque la humedad o suciedad, o ambos, aumenta la posibilidad de infección. Cambio de apósito y valoración diaria de la herida buscando signos de infección, ya que el reconocimiento precoz de la infección nos ayuda a obtener un tratamiento rápido.

Labio y paladar hendido.

El labio hendido se debe a un fracaso de la fusión de la apófisis maxilar y la apófisis ascendente del maxilar superior; el paladar hendido es una fisura de la línea media del paladar, resultante del fracaso de la unión de ambos lados. El labio hendido puede variar desde una pequeña muesca a una hendidura completa que parte de la base de la nariz.

El cierre del defecto labial precede al del paladar. El método de reparación del labio hendido incluye una de las distintas líneas de sutura escalonadas, para minimizar la hendidura labial con retracción del tejido cicatricial.

Intervenciones de enfermería postoperatorias.

Valoración de los signos vitales. Lleve a cabo la valoración completa de los signos vitales, el paciente debe estar estabilizado una vez que se haya trasladado a piso. Los cambios en los signos vitales pueden revelar un comienzo inmediato de complicaciones postoperatorias.

Conservar limpias la línea de sutura y la boca para evitar infecciones. Lavar la boca con solución salina o agua, dirigir un chorro suave sobre la línea de sutura utilizando una jeringa. Humedecer la boca para promover la cicatrización y darle comodidad. Enjuagar la boca después de cada alimentación.

Mantener la nutrición adecuada para el crecimiento y promover la cicatrización. Avance en la dieta de líquidos claros a cualquier líquido y alimentos suaves, éstos suelen continuarse durante un mes después de la operación, ya que se puede abrir la herida.

Administrar medicamentos. Antibióticos para prevenir infecciones ya que la boca y la línea de sutura se contaminan constantemente. Analgésicos para disminuir el dolor.

Cuidados de la herida quirúrgica. Sujetar los brazos del niño, para evitar que el niño se frote o altere de alguna forma la línea de sutura. Es importante, no obstante, retirar las sujeciones con periodicidad para que el bebé ejercite los brazos y para aliviar la incomodidad. Limpiar el drenaje serosanguíneo en la sutura, con una gasa mojada con suero salino para prevenir infecciones y propiciar una buena cicatrización.

Catarata.

Es una opacidad del cristalino y se extirpa quirúrgicamente. La extracción extracapsular de la catarata es el procedimiento de elección para extraer el contenido del cristalino dejando intacta la cápsula posterior. La intervención consiste en extirpar el núcleo, la corteza y la cápsula anterior.

En raras ocasiones, se extrae la catarata intracapsular para eliminar el contenido del cristalino con toda su cápsula intacta. Ello se hace mediante una crosonda (sonda congeladora). Para extraerlo, se adhiere el cristalino a la sonda helada. En la mayoría de los casos, se produce una pérdida de acomodación por lo que se necesitan lentes correctoras para la visión próxima y lejana.

Intervenciones de enfermería postoperatorias.

Fomentar la comodidad y seguridad para un pronto restablecimiento evitando complicaciones. Permitir al paciente acostarse sobre el lado no operado, ya que de acostarse del lado operado puede aumentar la presión intraocular. Dar analgésicos para controlar el dolor, que aumenta la presión intraocular. Estimular al paciente a usar anteojos durante el día y el escudo protector durante la noche para asegurar la protección del ojo contra lesiones.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Iniciar la alimentación. Ofrecer la alimentación oral adecuada ya que puede estar en hipoglucemia.

Administración de medicamentos. Antibióticos para prevenir infecciones, analgésicos para disminuir el dolor.

Control y vigilancia de los signos y síntomas que indican posibles complicaciones. El dolor repentino en el ojo puede deberse a rotura de vaso o sutura, y puede conducir a hemorragia, lo que debe notificarse al médico de inmediato. La náusea puede conducir a vómito y aumento de la presión intraocular.

Valoración de los signos vitales. Los cambios en los signos vitales pueden revelar un comienzo inmediato de complicaciones postoperatorias. La intranquilidad y frecuencia creciente del pulso tal vez sugiere hemorragia.

Mamoplastia de aumento y reducción.

Mamoplastia de aumento es el agrandamiento quirúrgico de las mamas. La incisión se realiza bajo la mama, alrededor de la areola o en la axila. El implante se inserta a través de la incisión, la incisión se sutura y se aplica un apósito. En reducción se realiza la misma incisión sólo que aquí se retira todo el tejido sobrante que puede ser principalmente grasa y tejido mamario. Los síntomas de infección consisten en edema, eritema, aumento del dolor y temperatura.

Intervenciones de enfermería postoperatorias.

Valorar los signos vitales. Lleve a cabo la valoración completa de los signos vitales, compárelos con los del área de recuperación y con las basales del paciente porque pueden indicarnos complicaciones postoperatorias.

Administración de medicamentos. Antibióticos para prevenir infecciones y analgésicos para disminuir el dolor.

Administración de soluciones intravenosas. Se administran según el tejido extirpado porque esto restablece el equilibrio de líquidos y electrolitos.

Cuidados de herida quirúrgica. Cambio de apósito mediante técnica estéril para prevenir infecciones. Aplicación de vendaje compresivo para reducir molestias y tensión en las suturas. Colocación de apósitos ya que ayudan a la cicatrización de las heridas absorbiendo el drenado y los productos de desecho de la herida y protegen la herida de la contaminación externa.

Cuidados de drenaje. Los drenajes se colocan para prevenir la formación de hematomas. Valorar la permeabilidad para asegurar que no se acumula líquido en los tejidos. Valorar color y olor de las secreciones ya que pueden indicar infección postoperatoria. Mida la cantidad de drenaje ya que ayuda a monitorizar el equilibrio de líquidos y electrolitos.

Liposucción.

Es la eliminación de los depósitos de grasa subcutánea por medio de una cánula de succión roma y larga. El objetivo de esta intervención es mejorar la silueta de abdomen, caderas, muslos, brazos o glúteos. La paciente recibe anestesia local o general. La principal ventaja de la técnica es que el tejido graso se elimina a través de un gran número de pequeñas incisiones, se inserta una cánula de vértice roma a través de las incisiones y se extrae el tejido adiposo.

Intervenciones de enfermería postoperatorias.

Valorar los signos vitales. Los efectos de la anestesia y pérdida de líquidos son factores a considerar durante la valoración de los signos vitales. Compárelos con los basales cada vez que se tomen para evitar las complicaciones.

Administración de medicamentos. Analgésicos para disminuir el dolor, antibióticos para prevenir infecciones y antihistamínico para prevenir la hipersecreción ya que sigue en ayuno.

Administración de soluciones intravenosas. Se administran líquidos intravenosos según la cantidad de tejido extirpado para restaurar el volumen de líquido adecuado.

Cuidados de herida quirúrgica. Colocar apósitos y vendaje compresivo sobre las zonas tratadas porque minimiza el edema, previene hemorragias y presiona la piel laxa sobre los tejidos subyacentes para asegurar una superficie lisa. Mantener los apósitos lisos y uniformes para evitar presiones desiguales sobre los tejidos, que pueden dar lugar a una silueta irregular. Cambio de los apósitos para prevenir infecciones. Valorar diario la herida quirúrgica buscando signos de infección, el reconocimiento precoz de infección ayuda a un tratamiento oportuno.

Elevación de piernas del paciente. para mejorar el retorno venoso y reducir el edema si la liposucción se realizó en extremidades inferiores (pierna o muslos).

Blefaroplastia.

Consiste en retirar la grasa sobrante de los párpados superior e inferior con anestesia local. La línea de sutura del párpado superior se realiza en el surco palpebral, mientras que la línea de sutura en el párpado inferior se realiza inmediatamente por debajo del borde de las pestañas. Las suturas se retiran por lo general 4-5 días después de la cirugía para evitar la excesiva cicatrización que se puede producir alrededor de las mismas. Los pacientes suelen ser dados de alta cuando están completamente despiertos y con signos vitales estables.

Intervenciones de enfermería postoperatorias.

Valorar los signos vitales. Reflejan los cambios en el funcionamiento del cuerpo que no se podrían observar de otra forma, ya que los cambios pueden revelar un comienzo inmediato de complicaciones postoperatorias.

Administración de medicamentos. Analgésicos para disminuir el dolor, ya que puede producir hemorragias.

Cuidados de la herida quirúrgica. Aplicar compresas frías sobre los ojos ya que ayudan a aliviar la sequedad y picor. Cambiar las compresas cada 30 minutos durante los primeros cuatro días ya que deben permanecer frías. Observar la presencia de edema ocular, equimosis y la línea de sutura ya que ayuda a tener una buena y pronta cicatrización.

Rinoplastia.

Corrige las deformidades de la estructura nasal , que pueden ser congénitas, hereditarias o traumáticas. Suele realizarse bajo anestesia local. Las incisiones se realizan en el interior de la nariz, con lo cual no hay cicatrices visibles. En ocasiones, se realizan pequeñas excisiones externas en la pared lateral de cada fosa nasal y cerca del puente de la nariz para estrecharla. Se fractura el hueso nasal, se elimina el exceso de tejido y se remodelan cartilago y hueso, dándoles la forma deseada. Los huesos se mantienen en su posición con una férula externa, la cual se mantiene durante una semana.

Intervenciones de enfermería postoperatorias.

Valorar los signos vitales. Es la temperatura corporal, el pulso, la respiración y la tensión arterial, éstos deben ser comparados con los del área de recuperación y con los basales del paciente, ya que los cambios nos avisan inmediatamente complicaciones postoperatorias.

Administración de medicamentos. Analgésicos para disminuir el dolor.

Colocación en semifowler. Al paciente se le coloca con la cabeza elevada 30 grados para reducir el edema y favorecer el drenaje.

Proporcionarle un riñón, para que vomite y pedir al paciente que expectore la sangre y no la degluta porque es el único signo de hemorragia.

Cambiar el apósito situado bajo la nariz y registrar la cantidad y las características del drenaje para evitar infecciones.

Síndrome de Apert.

Se clasifica como una anomalía craneofacial, denominada acrocefalosindactilia tipo 1, produce malformaciones en cráneo, cara, manos y pies.

Suele tener carácter esporádico, aunque hay casos de herencia autosómica dominante. Se acompaña de una fusión prematura de muchas suturas, como la coronal, sagital y lambdoidea. La cara tiende a ser asimétrica y la protrusión ocular es menor en el síndrome de Crouzon. El síndrome de Apert cursa con sindactilia de

los dedos 2º, 3º y 4º que pueden estar soldados al pulgar y al quinto dedo. Todas las partes presentan calcificaciones y fusión progresiva de los huesos de las manos, pies y columna.

Cuando una o varias suturas se cierran antes de tiempo, como en el caso de este síndrome el cerebro carece de espacio suficiente como para poder desarrollarse, se encuentra con una barrera ósea que lo presiona y al seguir el proceso normal de crecimiento, queda comprimido, por lo que se produce un cráneo inexpandible a lo que se le denomina craneosinostosis, ésta es una fusión prematura de las suturas con un crecimiento continuo del cerebro.

Se requieren de varias intervenciones quirúrgicas para descomprimir el espacio intracraneal, mejora la función respiratoria, permite el desarrollo normal e impide que las distintas áreas cerebrales queden afectadas.

La cirugía debe ser temprana, ya que si la hipertensión intracraneal no se trata, puede producir atrofia óptica, ceguera y apnea, además de poner en peligro la vida. Debe ir encaminada a reconstruir el cráneo en forma y volumen normal lo que podrá incluir diversos injertos óseos.

La intervención será:

- adelantamiento y remodelación frontal, primero para dar espacio a ese cerebro comprimido.
- adelantamiento del tercio medio facial con avance de las órbitas posteriormente.

El tratamiento quirúrgico de la mano debe ser temprano, para facilitar la máxima función, mejorar la pinza y permitir su crecimiento, mediante cirugía se puede mejorar sensiblemente su funcionalidad, dependiendo del grado de malformación de cada caso.

Intervenciones de enfermería postoperatorias.

Cuidados de la herida quirúrgica. Evitar que el niño se quite apósitos para evitar que se infecte la herida. Cambio de apósitos y valoración de la herida buscando signos de infección ya que el reconocimiento precoz de la infección nos ayuda para un tratamiento oportuno. Inspeccione los apósitos regularmente para comprobar que están limpios, secos e intactos; el drenaje excesivo puede indicar una hemorragia, infección o dehiscencia.

Administrar medicamentos. Analgésicos para disminuir el dolor y antibióticos para prevenir una infección.

Valoración de signos vitales. Para prevenir complicaciones como serían problemas cardiorrespiratorios por eso se deben comparar con los basales.

Administración de soluciones intravenosas. Para restablecer el equilibrio líquido perdido durante la cirugía. Reponer los líquidos y electrolitos, mantiene la hidratación y el estado nutricional.

Cuidados de sonda nasogástrica. Verificar la colocación de la sonda a intervalos regulares para comprobar que está en estómago y no en el tracto respiratorio. Irrigar la sonda antes y después de la instilación de medicamentos, de alimento y según se prescriba para evitar su bloqueo.

Iniciar la dieta, en cuanto sea tolerada ya que la nutrición ayuda a la pronta cicatrización y recuperación.

Brindar apoyo psicológico tanto al paciente como a la familia a fin de que acepten los resultados de la cirugía.⁴

⁴ Beare Patricia. Enfermería medico-quirúrgica. 3ª edición. Editorial Harcourt. España 2000. p. 1811.

VI. PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA.

6.1 SIGNOS VITALES.

La temperatura, pulso, presión arterial y frecuencia respiratoria son las mediciones que realizan los miembros del equipo asistencial, estas mediciones predicen la eficacia que tienen las funciones orgánicas circulatoria, pulmonar, neurológica y endocrina en la conservación de la salud. Se denominan 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 súbitos del estado del paciente, así como las alteraciones que se producen de forma progresiva durante un período de tiempo.

OBJETIVO:

- ❖ Reconocer y evaluar la respuesta individual del paciente a los factores ambientales, internos y externos, según se manifiesta por la medición de los signos vitales.

PRINCIPIOS:

- ❖ Determina los valores basales para comparaciones posteriores.
- ❖ Descubre lo más pronto posible cualquier desviación en el estado de la persona.
- ❖ Comunica a los otros miembros del personal de salud toda observación relativa al bienestar del paciente.

6.1.1 TEMPERATURA CORPORAL.

CONCEPTO:

Es el grado de calor interno del cuerpo humano como consecuencia del equilibrio entre el calor producido y el que pierde el organismo y adopta el nombre según la región que se mida.

OBJETIVO:

Utilizar la información obtenida por la medición de los signos vitales como factor determinante para valorar la evolución del paciente, la respuesta al tratamiento y las intervenciones de enfermería.

MATERIAL Y EQUIPO:

Termómetro.
Torundas con alcohol.
Equipo de termometría.
Pañuelos desechables.

TÉCNICA / PROCEDIMIENTO:

Actividades.	Fundamentación.
Lávese las manos.	
Orientar a la persona sobre el procedimiento.	
Preparar física y emocionalmente al paciente Recomendación: compare las temperaturas registradas a la misma hora del día.	Para tomar los signos vitales y los resultados sean los más confiables, el paciente debe estar en reposo sentado o acostado.
Corra la cortina alrededor de la cama o cierre la puerta de la habitación, ayude al paciente a tomar una posición supina o sentada, aparte la ropa o la bata del hombro y brazo.	Respetar la intimidad del paciente, minimiza las molestias y favorece la comodidad, expone la axila para una colocación correcta del termómetro.
Saque el termómetro de la solución antiséptica y límpielo completamente.	Bajar adecuadamente el mercurio ayuda a evitar lecturas erróneas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

sosténgalo entre el pulgar y el índice y sacúdalo para bajar el mercurio hacia la base del termómetro.

BUCAL: Coloque el termómetro bajo la lengua y déjelo ahí durante dos minutos, recuérdale al paciente que debe mantener los labios cerrados alrededor del termómetro.

AXILAR: Seque la axila del paciente, sostenga el termómetro en el sitio con el bulbo apoyado contra el tejido de la región por 5 minutos, doble el brazo del paciente contra el pecho mientras se realiza la lectura.

Recomendación: la temperatura corporal de los niños menores de seis años debe ser tomada en la región axilar.

Limpie el termómetro con movimientos rotatorios hacia el bulbo, sosténgalo a nivel de los ojos y gírelo hasta que la columna de mercurio sea visible; lea la cifra que alcanzó el nivel del mercurio.

Dejar el material utilizado en su lugar y limpie el termómetro.

Recomendación: después de cada paciente debe de lavarse el termómetro si la temperatura es oral.

Lávese las manos.

Comente los hallazgos con el paciente, en los casos adecuados

La temperatura normal de la boca es de 37 grados, los labios deben apretar alrededor del termómetro en lugar de los dientes, para evitar que se rompa por mordedura accidental.

La humedad de la axila del paciente puede producir lecturas incorrectas de la temperatura, el brazo se dobla contra el pecho para que disminuya el efecto de las corrientes de aire, que puede dar lugar a lecturas bajas.

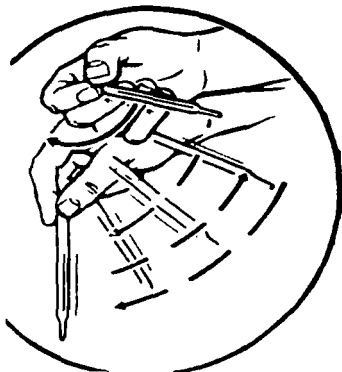
El mercurio dilata cuando se calienta, según la cantidad de calor que se le aplique, esto permite que el termómetro registre con exactitud la temperatura en forma confiable.

El termómetro debe ser frotado en dirección al bulbo para que el desplazamiento sea de la región menos contaminada a la más contaminada.

Favorece la participación en los cuidados y la comprensión del estado de salud.⁵

⁵ Perry Anne. Enfermería clínica: Técnicas y procedimientos. Ed. Harcourt Brace Anne. Madrid. 4a. Ed. 1999. p. 254.

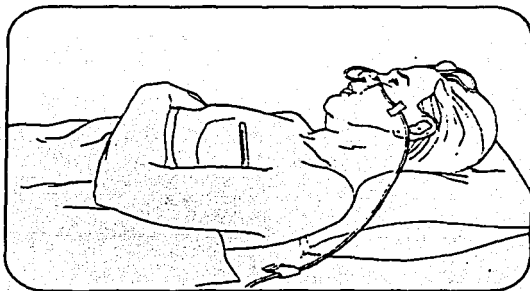
Ilustraciones de la toma de temperatura (Schniedman).



Agite firmemente el termómetro.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Toma de la temperatura axilar.



6.1.2 FRECUENCIA CARDIACA.

CONCEPTO:

Es el latido del corazón que se percibe en una arteria cuando la sangre circula a través de ella. El número de latidos cardiacos o pulsos recibidos en un minuto es la frecuencia cardiaca.

OBJETIVO:

Detectar alteraciones en el funcionamiento cardiovascular.
Valorar la evolución de la enfermedad.

MATERIAL Y EQUIPO:

Reloj con segundero.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TÉCNICA / PROCEDIMIENTO:

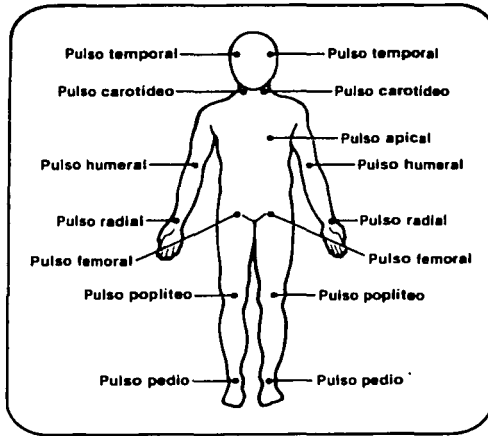
Actividades.	Fundamentación.
Lávese las manos.	Disminuye la diseminación de microorganismos.
Preparar psicológicamente al paciente.	
Ayude al paciente a adoptar una posición supina o sentada. Recomendación: el pulso apical es preferible en la valoración de la frecuencia o ritmo cardiaco en lactantes o niños pequeños.	Facilita el acceso a los lugares del pulso.
Si el paciente se encuentra en posición supina, coloque su antebrazo recto a su lado o cruzando el tórax inferior o el abdomen superior con la muñeca recta, si esta sentado, doble el codo del paciente 90 grados.	La posición relajada del antebrazo y la extensión de la muñeca permite la completa exposición de la arteria para su palpación.
Coloque las puntas de los dos primeros dedos de la mano sobre el surco que recorre el lado radial o del pulgar de la parte interna de la muñeca.	Las puntas de los dedos son las partes más sensibles de la mano para palpar la pulsación arterial, el dedo pulgar tiene una pulsación que podría

<p>Aplice una ligera compresión contra el radio, oblitere inicialmente el pulso, y a continuación relaje la presión de modo que el pulso se palpe con facilidad.</p>	<p>dificultar la exactitud de la medición.</p>
<p>Determine la fuerza del pulso, observe si el impulso del vaso sanguíneo contra las puntas de los dedos es saltón, fuerte, débil o filiforme.</p>	<p>El pulso se valora con más exactitud aplicando una compresión moderada, una compresión excesiva ocluye el pulso y altera el flujo sanguíneo.</p>
<p>Una vez que se palpa con regularidad el pulso, observe el segundero del reloj y comience a contar la frecuencia.</p>	<p>La fuerza refleja el volumen de sangre impulsado contra la pared arterial en cada contracción cardíaca.</p>
<p>Si el pulso es regular, cuente la frecuencia durante 30 segundos y multiplique por dos.</p>	<p>La frecuencia se determina con exactitud únicamente después de que la enfermera se asegura que puede palpar el pulso.</p>
<p>Recomendación: el límite del pulso normal para una determinada edad es el mejor fundamento para comparación cuando la frecuencia basal del paciente ha sido anormal.</p>	<p>Un recuento de 30 segundos es exacto para la frecuencia de pulsos rápidos, lentos y regulares.</p>
<p>Si el pulso es irregular, recuente la frecuencia durante 60 segundos, valore la frecuencia y patrón de la irregularidad.</p>	<p>La contracción cardíaca ineficaz no transmite la onda del pulso, dificultando el gasto cardíaco y ocasiona un pulso irregular.</p>
<p>Ayude al paciente a recuperar una posición confortable.</p>	<p>Favorece la comodidad y la sensación de bienestar.</p>
<p>Comente con el paciente los hallazgos en caso necesario.</p>	<p>Favorece la participación en los cuidados.</p>
<p>Lávese las manos.</p>	<p>Reduce la transmisión de microorganismos.⁶</p>

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

⁶ Ibidem p. 263.

Sitios donde se puede tomar la F. C. (Schniedman).



Toma de la frecuencia cardíaca (King).



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6.1.3 FRECUENCIA RESPIRATORIA.

CONCEPTO:

Es el intercambio de gases entre el organismo y el medio ambiente para introducir oxígeno y eliminar bióxido de carbono.

OBJETIVO:

Valorar algún deterioro en el aparato respiratorio.

MATERIAL Y EQUIPO:

Reloj con segundero.

TÉCNICA / PROCEDIMIENTO:

Actividades.	Fundamentación.
<p>Lávese las manos.</p> <p>Compruebe que el tórax del paciente este visible, si es necesario, retire la ropa de cama o la bata.</p> <p>Coloque el brazo del paciente en una posición relajada cruzando el abdomen o el tórax inferior, o bien coloque la mano de la enfermera directamente sobre el abdomen superior del paciente.</p> <p>Observe el ciclo respiratorio completo (una inspiración y una espiración).</p> <p>Una vez observado el ciclo, mire el segundero del reloj y comience a contar.</p> <p>Si el ritmo es regular, cuente el número de respiraciones de 30 segundos y multiplique por dos, si el ritmo es irregular, menor de 12 o mayor de 20, cuente durante 1 minuto completo.</p> <p>Recomendación: el límite de la frecuencia respiratoria normal para</p>	<p>Asegura la visualización clara de los movimientos abdominales y de la pared torácica.</p> <p>Una posición similar utilizada durante la medición del pulso permite la valoración no evidente de la frecuencia respiratoria, la mano del paciente o de la enfermera asciende y desciende durante el ciclo respiratorio.</p> <p>La frecuencia se mide con exactitud únicamente después de que la enfermera haya observado el ciclo respiratorio.</p> <p>La frecuencia respiratoria es equivalente al número de respiraciones por minuto, si se sospecha la presencia de</p>

una determinada edad es el mejor fundamento para comparación cuando la frecuencia basal del paciente ha sido anormal.

Observe la profundidad de las respiraciones, valorada subjetivamente observando el grado de movimiento de la pared torácica mientras cuenta la frecuencia.

Las respiraciones superficiales y lentas (hipo ventilación) pueden requerir una intervención inmediata. Las respiraciones de Kussmaul, anormalmente profundas pero regulares, son un signo de cetoacidosis diabética que requiere una intervención inmediata.

Vuelva a colocar la ropa de cama y la bata del paciente.

Lávese las manos.

irregularidades es necesaria la valoración durante 1 minuto.

El carácter del movimiento ventilatorio puede revelar un estado patológico específico que limite la entrada y salida de aire de los pulmones.

Disminuye la transmisión de organismos patógenos.⁷

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

⁷ Ibidem p. 276.

Toma de la frecuencia respiratoria (Schniedman).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**EL PACIENTE NO DEBE SABER
QUE CUENTA USTED
LA RESPIRACION**



6.1.4 TENSIÓN ARTERIAL.

La presión sanguínea (PS) es la fuerza ejercida por la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos, durante un ciclo cardíaco normal, la presión sanguínea alcanza su valor máximo seguido de un valle, o punto bajo, en el ciclo. La máxima presión se registra cuando la contracción ventricular, o sístole, impulsa la sangre a presión elevada en el interior de la aorta, cuando el ventrículo se relaja, la sangre que permanece en las arterias ejerce una presión mínima o diastólica.

La unidad estándar para la medición de la presión sanguínea son los milímetros de mercurio (mmHg), la medición indica la altura de la columna de mercurio que la presión sanguínea puede mantener, cuando se desinfla el manguito del baumanómetro en la presión sanguínea los cinco ruidos diferentes auscultados sobre una arteria se denominan fases Korotkoff, el ruido auscultado en cada fase tiene una característica propia, la presión sanguínea se registra con la lectura sistólica (primer ruido de Korotkoff) antes de la diastólica (inicio del quinto ruido de Korotkoff), la presión del pulso es la diferencia entre presión sistólica y presión diastólica, para una PS de 120-80, la presión del pulso es de 40.

RUIDOS DE KOROTKOFF EN LA PRESIÓN ARTERIAL.

Fase 1: Golpe agudo entre 140 y 128 mmhg.

Fase 2: Ruido sibilante entre 128 y 116 mmhg.

Fase 3: Golpe más ligero que en la fase 1 entre 116 a 100 mmhg.

Fase 4: Sibilancia más leve que se desvanece entre 100 y 90 mmhg.

Fase 5: Silencio menor de 90 mmhg.

Los parámetros que se manejan es en una presión arterial de 140-90 mmhg.

CONCEPTO:

Es la presión o fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes de las arterias, con el fin de que ésta llegue a todos los tejidos para mantener una adecuada respiración celular, todo esto cuando se contrae el ventrículo izquierdo.

OBJETIVO:

Detectar alteraciones en el estado hemodinámico del paciente.

MATERIAL Y EQUIPO:

Esfigmomanómetro.

Estetoscopio.

TÉCNICA / PROCEDIMIENTO:

Actividades.	Fundamentación.
Lávese las manos.	
<p>Con el paciente en posición sentada o supina, coloque el antebrazo del paciente, apoyado si es necesario, con la palma de la mano hacia arriba.</p> <p>Recomendación: utilizar el brazalete adecuado de acuerdo a la edad y complejión del paciente.</p>	<p>Si el brazo no está apoyado, el paciente puede efectuar un ejercicio isométrico que puede aumentar la presión diastólica en un 10%, la colocación del brazo por encima del nivel del corazón ocasiona una falsa lectura baja.</p>
<p>Palpe la arteria braquial, coloque el brazalete 2.5 cm por encima de la pulsación braquial (espacio antecubital), centre la bolsa de goma del brazalete encima de la arteria, con el brazalete desinflado por completo, enrolle el brazalete de forma uniforme alrededor del brazo.</p>	<p>El inflado de la bolsa de goma directamente sobre la arteria braquial asegura que se aplica la presión correcta durante el inflado un brazalete mal ajustado ocasiona lecturas falsamente elevadas.</p>
<p>Colóquese los auriculares del estetoscopio y pruebe que los ruidos son claros, no amortiguados.</p>	<p>Ambos auriculares deben seguir el ángulo del conducto auditivo para facilitar la auscultación.</p>
<p>Vuelva a localizar la arteria braquial y coloque encima la campana o el diafragma del estetoscopio, no permita que el estetoscopio contacte con el brazalete o la ropa.</p>	<p>La colocación correcta del estetoscopio asegura una recepción óptima del sonido, la colocación incorrecta del estetoscopio ocasiona unos sonidos amortiguadores que a menudo provocan lecturas sistólicas bajas falsas y diastólicas elevadas falsas.</p>
<p>Cierre la válvula de la pera de presión.</p>	<p>El ajuste de la válvula evita la filtración de aire durante la inflación.</p>
<p>Infle el brazalete hasta 30 mmhg por encima de la presión sistólica palpada.</p> <p>Recomendación: la presión sanguínea no es parte rutinaria de la valoración de los niños menores de 3 años.</p>	<p>Asegura la medición exacta de la presión sistólica.</p>
<p>Libere con lentitud la válvula y permita</p>	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

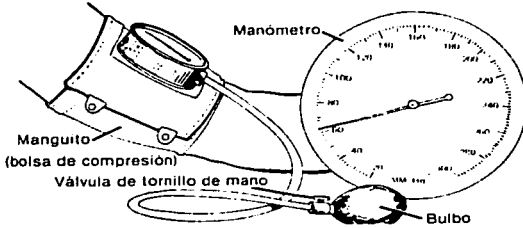
<p>que el mercurio descienda a un ritmo de 2 a 3 mmhg por segundo.</p> <p>Anote el punto del manómetro en que se ausculta el primer ruido claro.</p> <p>Continúe desinflado el brazalete de forma gradual, observando el punto en que el sonido desaparece, observe la presión hasta cerca de 2 mmhg.</p> <p>Desinfele el brazalete por completo y con rapidez, retire el brazalete del brazo del paciente a menos que deba repetirse la medición.</p> <p>Ayude al paciente a recuperar una posición cómoda y cubra el brazo si anteriormente estaba vestido.</p> <p>Si es necesario limpie los auriculares y el diafragma del estetoscopio con una gasa de alcohol.</p> <p>Lávese las manos.</p>	<p>Un descenso demasiado rápido o lento del nivel de mercurio puede ocasionar lecturas imprecisas.</p> <p>El primer ruido de Korotkoff señala la presión sistólica.</p> <p>El inicio del quinto ruido de Korotkoff como señal de la presión diastólica.</p> <p>La inflación continua del brazalete provoca una oclusión arterial, ocasionando entumecimiento y hormigueo del brazo del paciente.</p> <p>Restaura la comodidad y proporciona una sensación de bienestar.</p> <p>Controla la transmisión de microorganismos cuando las enfermeras comparten el estetoscopio.</p> <p>Reduce la diseminación de microorganismos.^a</p>
---	---

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

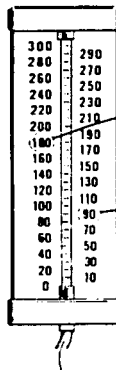
^a Ibidem p. 267.

Toma de la tensión arterial (Schniedman).

ESFIGMOMANOMETRO ANEROIDE



TESIS CON FALLA DE ORIGEN



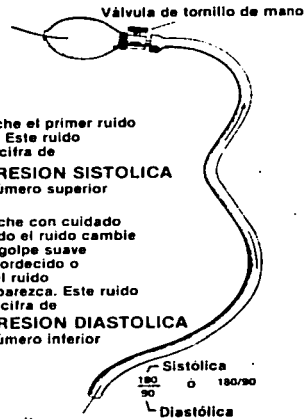
El tubo se dirige al manguito en el brazo del paciente

Escuche el primer ruido claro. Este ruido es la cifra de

PRESION SISTOLICA
Número superior

Escuche con cuidado cuando el ruido cambie a un golpe suave y ensordecido o que el ruido desaparezca. Este ruido es la cifra de

PRESION DIASTOLICA
Número inferior



6.2 HIGIENE.

Uno de los cuidados más importantes que se presentan al paciente son los que se refieren a su higiene personal, esta con lleva a unos efectos benéficos al conservar la piel limpia y en buen estado, permitiendo conseguir un aceptable grado de bienestar y prevenir la aparición de infecciones.

El personal de enfermería en el servicio de cirugía plástica y reconstructiva debe valorar la capacidad motora y el estado de salud del paciente, para establecer si puede cuidar su propia higiene o necesita ayuda. Al realizar el aseo personal del paciente se deben iniciar algunas medidas preventivas para evitar las úlceras por presión.

OBJETIVO:

Promover la higiene y comodidad para el paciente.

PRINCIPIO:

Evita la congestión pulmonar al estimular la expulsión de secreciones con los cambios de posición.

Estimula el tono muscular por ejercicio activo o pasivo.

6.2.1 BAÑO DE ESPONJA.

CONCEPTO:

Es el aseo corporal que se realiza al paciente en su propia cama, es un procedimiento frecuente, ya que muchos pacientes deben permanecer en la cama, bien por que se encuentran en estado grave o bien por que les está contraindicado moverse.

OBJETIVO:

Eliminar sudor acumulado, secreciones, microorganismos, y desechos para evitar la infección y mantener la integridad de la piel.

Estimula la circulación sistemática o local.

Mejorar la autoestima y auto imagen del paciente por medio de la mejoría en el aspecto y sensaciones.

MATERIAL Y EQUIPO:

Toalla de baño.

Agua a temperatura ambiente.

Cubetas.

España personal.

Peine.

Guantes desechables.

Lebrillo.

Jabón.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TÉCNICA / PROCEDIMIENTO:

Actividades.	Fundamentación.
Lávese las manos.	
Explicar el procedimiento al paciente.	Para ganar confianza y disminuir su pudor.
Disponer de todo el equipo necesario.	Para ahorrar tiempo y darle más seguridad al paciente.
Cerrar puertas, ventanas, cortinas, si es necesario.	Una habitación libre de corriente de aire, contribuye al bienestar físico del paciente.
Aflojar la ropa de cama iniciando por la cabeza del lado contrario al que se encuentra el buró y retirar la ropa que cubre al paciente excepto la sábana	El mover y sacudir la ropa sucia, provoca que se esparzan

<p>móvil.</p> <p>Colocar al paciente en posición decúbito dorsal y acercar la cabeza sobre el borde proximal superior de la cama.</p> <p>Indicar al paciente que coloque su cabeza sobre el lebrillo.</p> <p>Proteger los conductos auditivos con torundas.</p> <p>Verter el agua sobre el cabello del paciente.</p> <p>Aplicar jabón o shampoo, friccionar con la yema de los dedos la superficie del cuero cabelludo y frotar el cabello cuantas veces sea necesario.</p> <p>Enjuagar constantemente, dejando que el agua escurra a la cubeta por acción de gravedad.</p> <p>Retirar las torundas de los conductos auditivos, envolver el cabello con una toalla.</p> <p>Afeitar la cara del paciente si es necesario.</p> <p>Con un paño húmedo proceder a lavar y enjuagar la cara con técnica de 8 iniciando en la frente, mejillas, mentón, cuello y pabellón auricular, primeramente el lado distal y luego el proximal, secar y aplicar loción o crema.</p> <p>Colocar el riñón o lebrillo debajo del brazo distal y proceder a lavar, enjuagar y secar con movimientos rotatorios, iniciando con la mano hasta terminar con la axila, de preferencia el aseo se realiza dentro del</p>	<p>microorganismos patógenos por el aire.</p> <p>El trabajar lo más cerca del paciente, reduce el esfuerzo de los músculos y como consecuencia la fatiga.</p> <p>Proporciona mayor protección al paciente.</p> <p>Esto permite que no entre agua en el pabellón auricular y el conducto auditivo externo.</p> <p>La exposición prolongada al frío produce vasoconstricción periférica importante.</p> <p>El jabón elimina la grasa, la estimulación mecánica favorece la circulación sanguínea.</p> <p>El agua corriente favorece el arrastre mecánico de los microorganismos.</p> <p>El secado perfecto de la piel ayuda a prevenir infecciones.</p> <p>El agua a temperatura caliente reblandece los tejidos y facilita el afeitado.</p> <p>El exceso de alcalinos del jabón libera la grasa protectora de la piel, las lociones o cremas mantienen la piel libre de escoriaciones y grietas producidas por el exceso de grasa.</p> <p>El sudor, la secreción de glándulas sebáceas, constituyen un medio favorable para la proliferación de microorganismos.</p>
---	---

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

<p>lavamanos o lebrillo.</p> <p>Lavar, enjuagar y secar la parte del tórax y asear con hisopos la cicatriz umbilical.</p> <p>Lavar el brazo proximal en igual forma que el distal.</p> <p>Pedirle al paciente que flexione sus rodillas para lavar, enjuagar y secar muslos y piernas. Colocar el lebrillo debajo de las extremidades inferiores e introducir los pies del paciente para su aseo sosteniendo el pie del talón y enjuagar al chorro de agua, secarlo y cubrirlo con toalla al retirar el lebrillo.</p> <p>Secar los pies haciendo ligera presión.</p> <p>Dar masajes a los pies en sentido de la circulación venosa.</p> <p>Para la limpieza de los genitales, en varones proporcionar un apósito para que se asean sus genitales si esta en condiciones de hacerlo, en caso contrario realizar el aseo, de limpio a sucio y del centro a la periferia.</p> <p>Si es paciente del sexo femenino darle posición ginecológica y colocarle el cómodo, proteger los muslos con sabana móvil.</p> <p>Si no esta en condiciones de hacerlo, hacer el aseo de vulva de arriba, hacia abajo y de adentro hacia fuera.</p> <p>Secar genitales en igual orden en que se asearon.</p> <p>Colocar al paciente en decúbito lateral</p>	<p>La piel sana e intacta es resistente a varios agentes quimicos nocivos.</p> <p>Una epidermis sana depende de un cuerpo sano.</p> <p>El pediluvio alivia la congestión de los órganos profundos o de las partes distales del cuerpo.</p> <p>Las glándulas sudoríparas se encuentran distribuidas en todo el cuerpo y la humedad favorece un medio para el desarrollo de bacterias, hongos, etc.</p> <p>El masaje activa la tensión muscular y disminuye el dolor y el malestar general.</p> <p>Algunas sustancias lesionan las mucosas, las terminaciones nerviosas se hacen más sensitivas cuando aumenta el dolor.</p> <p>Esto favorece una mejor visualización del área genital.</p> <p>Así disminuye la contaminación del área genital.</p>
--	---

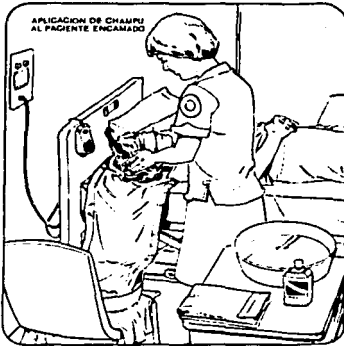
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

<p>contraria a la que se esta trabajando, tallar y enjuagar la piel.</p>	<p>La humedad favorece un medio para el desarrollo de bacterias.</p>
<p>Secar perfectamente la piel y dar masaje, partiendo del centro de la columna vertebral u hombros hacia la región del cóccix.</p>	<p>Una piel enrojecida puede ser comienzo de úlceras por presión.</p>
<p>Proceder al tendido de cama.</p>	<p>Los movimientos aumentan la circulación sanguínea y la fricción produce efecto relajante.</p>
<p>Colocar el camisón y dejar cómodo al paciente.</p>	<p>Una cama con las sábanas bien estiradas evitan posibles úlceras por presión.</p>
<p>Informar sobre observaciones hechas, reacciones del paciente.</p>	<p>La sensación de frescura y limpieza contribuyen a percibir positivamente un ambiente agradable.</p>
<p>Retirar el equipo y dejarlo en condiciones de limpieza para usar nuevamente.</p>	<p>La evaluación integral del paciente es de esencial importancia cuando tiene una piel delicada o sensible.</p>
	<p>Un equipo en condiciones favorece su uso correcto.⁹</p>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

⁹ Ibidem p. 637.

Realización del baño de esponja (Schniedman).



TESIS C.
FALLA DE ORIGEN

Lavar el cabello.



Limpieza de la cara.

Aseo de extremidades superiores.

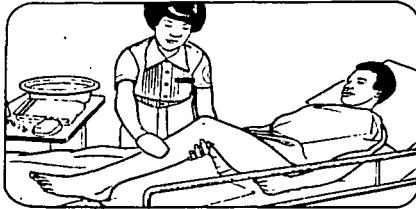


(continuación)

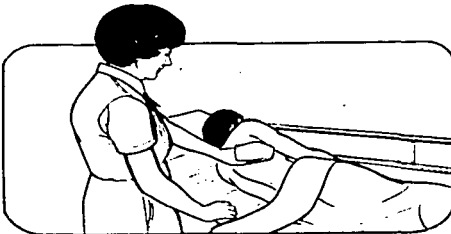


Limpieza de tórax.

TESIS C
FALLA DE ORIGEN



Aseo de extremidades inferiores.



Limpieza de la espalda.

6.2.2 BAÑO DE REGADERA.

CONCEPTO:

Es el baño completo o parcial del cuerpo del paciente en la tina del baño o la regadera.

OBJETIVO:

Estimular al paciente para que sea tan independiente como sea posible o se le permita.

Proporcionar comodidad y relajación a un paciente cansado e inquieto.

Evaluar el arco de movimiento.

MATERIAL Y EQUIPO:

Artículos de aseo, toalla.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TÉCNICA / PROCEDIMIENTO:

Actividades.	Fundamentación.
Ayude a ir al paciente y luego regresar del cuarto de baño. Permanezca a la expectativa cuando esté débil o inestable. Cuando él se quede sólo en el baño, asegúrese que conozca el sitio donde se encuentra la señal de llamada, si hay, y la manera de usarla.	La seguridad debe ser siempre primordial; es importante bañar al paciente; sin embargo, cuando exista alguna duda acerca de la seguridad en cuanto a dejar al paciente en el cuarto de baño, la prudencia dicta el baño en la cama y evitar con ello los riesgos de caídas y otras complicaciones.
Proporcione una silla en la que se pueda sentar el enfermo débil durante el baño. Recomendación: el paciente con venoclisis se baña de la misma forma que los otros pacientes. Sin embargo, la zona que rodea la venoclisis se cubre con un apósito estéril, si es necesario. cuando se le cambia la bata al paciente, el frasco o la bolsa se deben pasar por la manga y no desconectar el catéter, ya que pueden provocar infección.	Conserve la fortaleza del paciente y asegúrese de que se cumpla con las medidas de seguridad.¹⁰

¹⁰ King Eunice. Técnicas de enfermería. Editorial McGraw-Hill Interamericana. México. 3ra. Edición 1998. p.184.

6.3 PREPARACIÓN DE CAMA Y HABITACIÓN.

Cuando hay que cuidar de pacientes que necesitan permanecer en, o cerca de, la cama durante un período prolongado de tiempo, es importante intentar que el ambiente sea lo más cómodo posible. Debe mantenerse un entorno confortable y tranquilo, que contribuya a la recuperación del paciente. Las habitaciones deben ser cómodas, seguras y grandes como para permitir que el usuario, visitantes y personal se muevan con libertad.

A menudo se instalan tres tipos de equipo en la pared de la cabecera de la cama: una toma de vacío para varios tipos de aspiración, una toma de oxígeno, y un esfingomanómetro para medir la presión arterial del paciente.

Una responsabilidad importante en enfermería es asegurar que el equipo está funcionando adecuadamente y que es seguro y cómodo.

OBJETIVO:

- ❖ Mantener la habitación limpia, para así tener un ambiente cómodo.

PRINCIPIO:

- ❖ Proporciona un ambiente adecuado en el que el paciente pueda realizar sus actividades corporales normales por 24 horas del día cuando debe permanecer en ella.

6.3.1 TENDIDO DE CAMA OCUPADA.

En ocasiones, es necesario hacer una cama mientras está ocupada por el paciente, por diferentes razones: el paciente puede estar demasiado débil para levantarse; la enfermedad puede prohibir levantarse, el papel de la enfermera es intentar también mantenerlo tan cómodo como sea posible, en los casos en los que el paciente presente un dolor intenso, un analgésico administrado 30 a 60 minutos antes del procedimiento ayudará a controlar el dolor y a mantener el confort.

CONCEPTO:

Es el arreglo de la cama del paciente cuando debe permanecer en ella.

OBJETIVO:

Proporcionar al paciente un ambiente limpio, confortable y estético.
Promover y mantener los hábitos de la limpieza.
Evitar complicaciones.

MATERIAL Y EQUIPO:

Sábana estándar.
Sábana clínica.
Almohada.
Colcha.
Cobertor.
Guantes desechables.
Bata.
Cubre bocas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TÉCNICA / PROCEDIMIENTO:

Actividades.	Fundamentación:
Lavarse las manos.	Evita la transmisión de microrganismos patógenos.
Explicar al paciente el procedimiento y solicitar su colaboración.	El paciente se siente seguro y colabora cuando se le explica el

<p>Cerrar cortinas en tanto se realiza el procedimiento.</p>	<p>procedimiento.</p>
<p>Bajar la cabecera de la cama si el paciente lo tolera.</p>	<p>La auto imagen del paciente puede estar dañada por la naturaleza de dependencia de la enfermedad, la atención para mejorar esta imagen y respetar su pudor requiere poco esfuerzo y puede ser muy importante para el pronóstico emocional del paciente.</p>
<p>Aflojar la ropa sucia de la cabecera hacia la piecera en torno a la cama.</p>	<p>Quando el paciente no tolera bajar la cabecera de la cama, realizar el procedimiento sin bajar está y solicitar ayuda de otra persona.</p>
<p>Retirar la ropa del paciente evitando tener contacto con el uniforme.</p>	<p>Proporciona mayor rapidez en el procedimiento.</p>
<p>Colocar en decúbito lateral al paciente y cambiarle el camión.</p>	<p>Las posiciones inadecuadas causan fatiga muscular.</p>
<p>Doblar en acordeón las sábanas sucias hacia el centro de la cama y limpiar el colchón.</p>	<p>Recoger la ropa de modo que la parte sucia quede cubierta con el doblez limpio.</p>
<p>Colocar la sábana estándar, fijar a 25 cm fuera del borde superior del colchón y extenderla hacia la piecera, así como en acordeón hacia el centro de la cama.</p>	<p>Aplicar los principios de mecánica corporal al mover al paciente.</p>
<p>Colocar la sábana clínica a nivel del tercio medio de la cama y fijarlo bajo el colchón lo demás llevarlo al centro de la cama.</p>	<p>Flexione las rodillas al fijar la ropa, para evitar doblar o estirar innecesariamente algunos segmentos del cuerpo.</p>

TEMA CON
FALLA DE ORIGEN

<p>Pásese del otro lado de la cama y complete el tendido de la cama, la ropa de cama que cubre al enfermo se fija de la misma manera que la cama desocupada.</p> <p>La ropa se estira y se sujeta debajo del colchón para evitar que se pliegue al movimiento del paciente.</p> <p>Colocar la segunda sábana estándar y el cobertor y dejar cómodo al paciente.</p> <p>Colocar la almohada debajo de la cabeza del paciente.</p> <p>Lávese las manos.</p>	<p>Al disminuir los cambios de posición se atenúa el esfuerzo y la fatigan tanto como para la enfermera como el paciente.</p> <p>Se trata de evitar pliegues que puedan causarle un daño al paciente.</p> <p>La comodidad y estética del ambiente favorece el estado de ánimo del paciente.</p> <p>La almohada le brinda comodidad al paciente.</p> <p>Evita la transmisión de microorganismos.¹¹</p>
---	---

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

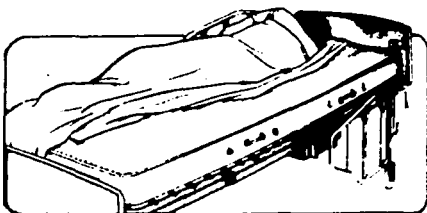
¹¹ Perry Anne. Op. Cit. p. 188.

Realización del tendido de cama ocupada (Schniedman).

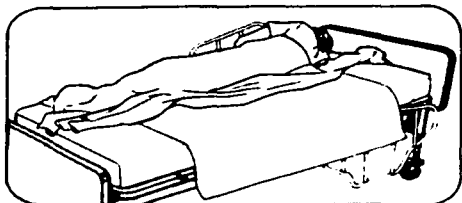


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

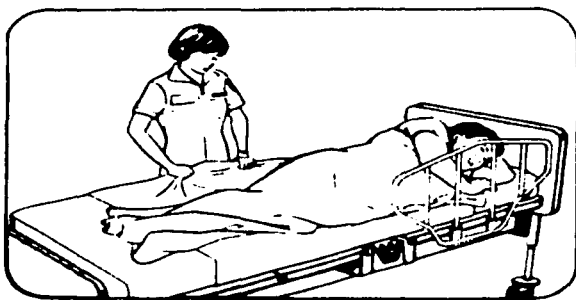
Subir al paciente con las sábanas.



(continuación).



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



6.3.2 TENDIDO DE CAMA DESOCUPADA.

Es esencial que la enfermera mantenga la cama tan limpia y cómoda como sea posible. Sacar al usuario de la cama es una manera ideal de promover la deambulaci3n. La enfermera, normalmente, har3 la cama por la mañana, tras el bañio del usuario mientras se esta afeitando o bañándose. Otro momento adecuado para hacer la cama es cuando el usuario ha salido de la habitaci3n para someterse a pruebas diagn3sticas. Al hacer una cama que no est3 ocupada, la enfermera debe comprobar que las sábanas est3n lisas y sin arrugas.

CONCEPTO:

Es el arreglo de cama que se utiliza cuando el que la ocupa no se halla en ella.

OBJETIVO:

Proporcionar un ambiente limpio.
Promover la comodidad f3sica.

MATERIAL Y EQUIPO:

Sábana est3andar.
Sábana cl3nica.
Funda de almohada.
Colcha.
Cobertor.
Guantes desechables.
Cubre bocas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TÉCNICA / PROCEDIMIENTO:

Actividades.	Fundamentaci3n.
Antes de tender la cama use la t3cnica adecuada de lavado de manos.	
Evite el contacto entre las sábanas y su ropa de enfermera.	Las ropas de cama portan microorganismos que pueden ser transferidos por contacto directo con

Retire las ropas de la cama con cuidado, forme con ellas un bulto compacto y colóquelo en un cesto o una funda de almohada, no ponga la ropa de cama en el suelo.

Levante la cama a su posición más alta posible. Complete el arreglo de la cama de un lado antes de pasar al otro lado. Ponga la sábana inferior con su pliegue medio en el centro del colchón. En caso de que se trate de una sábana con contorno, acomode sus esquinas sobre el colchón en la piecera y cabecera más cercanas a usted. En el caso de una sábana común, su extremo se alinea con la piecera del colchón y se asegura el extremo superior con una esquina tipo mitra, coloque el extremo de la sábana apenas por debajo del colchón. Se levanta sobre la cama uno de los lados de la sábana y se dobla la porción remanente bajo el borde del colchón. Luego se dobla bajo el colchón la sección completa. Cuando la sábana sea lo bastante grande y se desee se puede asegurar a la piecera y cabecera con esquinas de mitra.

Coloque el pliegue central de la sábana superior en el centro de la cama y ponga al mismo nivel el borde superior de la sábana con el extremo superior del colchón. Doble la sábana en la esquina más cerca del colchón y asegúrela con una esquina de mitra. Para hacer esto mismo con la sábana superior en la piecera, el borde lateral levantado se pasa hacia abajo al lado de la cama en lugar de doblarlo, queda entonces una esquina pulcra y útil. Aplique el cubre

las manos o ropas.

El aventar las ropas de cama puede diseminar microorganismos por el aire. El contacto con el piso da un aspecto descuidado y contribuye a la diseminación de agentes infectantes.

Coloque el pliegue central de la sábana transversal sobre el centro de la cama y doble todo el extremo bajo el colchón.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Guarde su tiempo y energía lo más posible, evite caminar de manera innecesaria alrededor de la cama o trabajar en posición encorvada.

cama de la misma manera que hizo con la sábana superior. Pásese al otro lado de la cama y repita en la misma secuencia todo el procedimiento.

Tense la sábana inferior y la transversal y dóblelas con firmeza para que no queden arrugas. Tense la ropa de cama con el peso del cuerpo aplicado por medio de los grandes músculos de miembros inferiores y glúteos. Mantenga recta la columna vertebral durante el procedimiento.

Afloje las ropas de cama que quedan encima. Termine el tendido de cama con un doblez, con la colcha sobre el cubrecama y un doblez de 30 cm a nivel de la piecera.

La ropa de cama que queda encima puede doblarse varias veces hasta la piecera de la cama.

Una base tensa, sin arrugas, disminuye la molestia y presión sobre el enfermo. Si la enfermera utiliza su propio peso para contrarrestar la resistencia de las sábanas, se requiere menor esfuerzo. El mantener la columna vertebral recta ayuda a evitar tensión sobre los músculos dorsales de la espalda más pequeños y débiles.

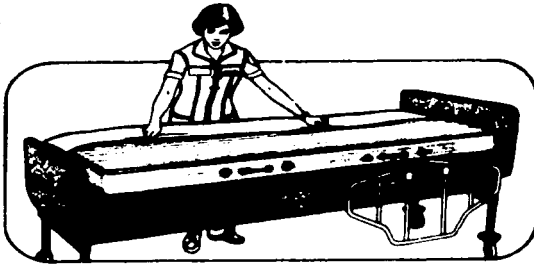
Las ropas de cama que quedan encima no deben estar apretadas ya que pueden ejercer presión sobre los miembros inferiores del enfermo, lo que provoca incomodidad y deterioro de los tejidos.

Al pasar la ropa de cama que cubre al enfermo hasta la piecera facilita su entrada a la cama.¹²

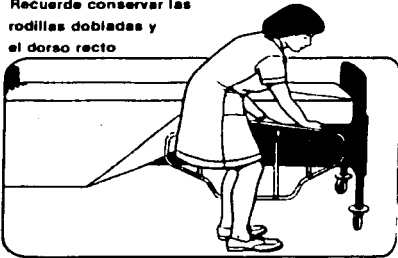
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¹² King. Op. Cit. p. 195.

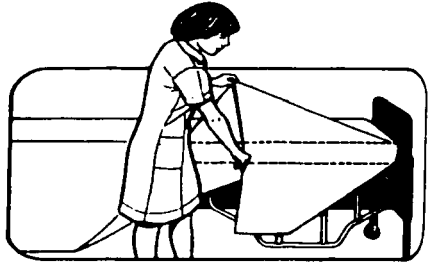
Tendido de cama desocupada (Schniedman).



Recuerde conservar las
rodillas dobladas y
el dorso recto

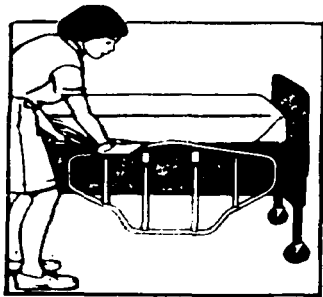
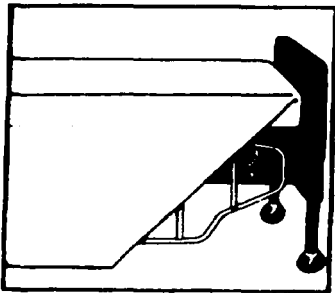
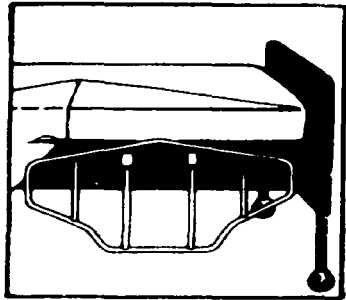
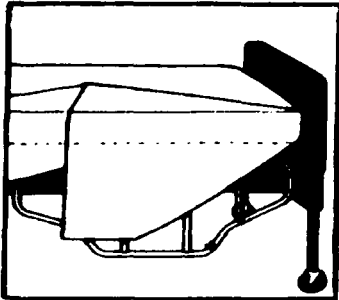


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

(continuación).



6.3.3 TENDIDO DE CAMA QUIRÚRGICA.

CONCEPTO:

Se utiliza para preparar la cama en la que se va a recibir un paciente que regresa de la sala de recuperación.

OBJETIVO:

Procurar la comodidad psicológica al proporcionar un ambiente pulcro en el que el enfermo puede recibir visitantes.
Proporcionar al paciente un ambiente limpio y confortable.

MATERIAL Y EQUIPO:

Sábana estándar.
Sábana clínica.
Colcha.
Cobertor.
Guantes desechables.
Cubre bocas.

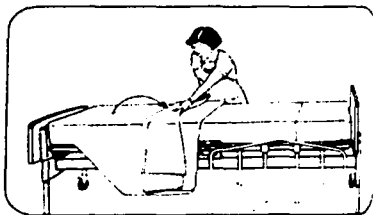
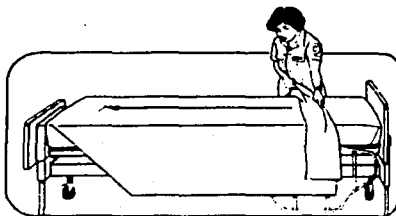
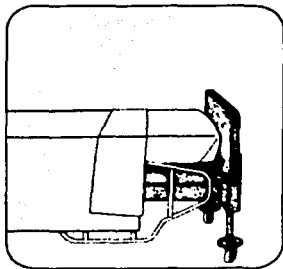
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TÉCNICA / PROCEDIMIENTO:

Actividades.	Fundamentación.
Prepárela de la misma manera que una cama desocupada, excepto en cuanto a la ropa de cama que va arriba del enfermo. No doble esta ropa al nivel de la piecera. Pliéguela en abanico en el lado de la cama opuesto a aquel por donde el paciente va a ser pasado de la camilla proveniente del quirófano, o plegar en abanico de la cabecera a la piecera.	El plegar en abanico la ropa de cama facilita el paso del paciente de la camilla sin riesgo o esfuerzo excesivo. ¹³

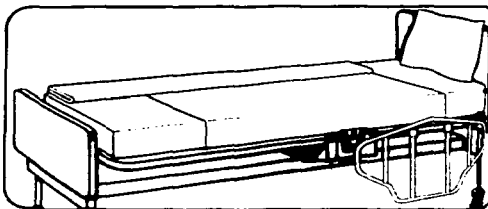
¹³ Ibidem p. 198.

Tendido de cama quirúrgica (Schniedman).



Doble en abanico longitudinal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Doble en abanico transversal.

6.4 MEDIDAS DE PROTECCIÓN.

6.4.1 LAVADO DE MANOS.

Constituye la técnica más importante y esencial para la prevención y control de la transmisión de infecciones, la decisión relativa al momento adecuado en que debe procederse al lavado de manos depende de los siguientes factores: intensidad del contacto con los pacientes u objetos contaminados; grado o cantidad de contaminación que puede producirse con el contacto; susceptibilidad del paciente o del personal sanitario a la infección, procedimientos o actividades que hay que realizar. El lavado de manos de la enfermera se recomienda en los siguientes casos:

- ❖ Cuando existan manchas evidentes.
- ❖ Antes y después del contacto con un paciente.
- ❖ Después del contacto con una fuente de microorganismos (sangre o líquidos corporales, mucosa, piel lesionada u objetos inanimados que puedan estar contaminados).
- ❖ Previamente a la realización de procedimientos invasivos, como la colocación de un catéter intravenoso o vías permanentes (se recomienda un jabón antimicrobiano).
- ❖ Después de quitarse los guantes (llevar guantes no elimina la necesidad de lavarse las manos).

CONCEPTO.

Consiste en frotarse las manos enjabonadas de forma vigorosa y breve; a continuación se aclaran bajo un chorro de agua.

OBJETIVO:

Eliminar la suciedad y los organismos transitorios que pueden encontrarse en las manos y reducir el recuento microbiano total que se produce con el tiempo.
Reducir el riesgo de transmisión de microorganismos potencialmente infecciosos.
Prevenir o reducir la incidencia de infecciones cruzada.

PRINCIPIO:

Protege contra la extensión directa o indirecta de microorganismos de una persona a otra.
Previene la autocontaminación o alteración de la flora natural.

MATERIAL Y EQUIPO:

Jabón.
Agua corriente.
Toallas de papel.
Receptáculo para toallas sucias.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TÉCNICA / PROCEDIMIENTO:

Actividades.	Fundamentación.
Suba el reloj y las mangas por encima de la muñeca, evite los anillos, si los lleva, retírelos cuando se lave las manos.	Proporciona acceso total de los dedos, manos y muñecas, los anillos aumentan el número de microorganismos presentes en las manos.
Asegúrese que las uñas están cortas y regulares.	La mayoría de los gérmenes de las manos se localizan en la región subungueal (debajo de las uñas).
El uniforme no debe tocar la superficie del lavabo.	Se considera al lavabo contaminado. Los uniformes transportan microorganismos de un lugar a otro.
Abra el agua, abra el grifo o utilice los pedales de rodillas o pies para regular el chorro y la temperatura del agua.	
Evite salpicar el uniforme con agua.	Los microorganismos se propagan y reproducen en condiciones de humedad.
Regule la temperatura del agua de forma que esté tibia.	El agua tibia es menos agresiva contra la cutícula protectora de la piel que el agua caliente.
Moje las manos y las muñecas completamente bajo el chorro de agua, mantenga las manos y antebrazos mas bajos que los codos durante el lavado.	Las manos constituyen la zona que hay que lavar con mayor riesgo de contaminación, el agua fluye desde la zona menos contaminada a la mas contaminada, eliminando los microorganismos hacia el lavabo.
Aplice una pequeña cantidad de jabón o antiséptico; distribúyalo de forma homogénea, puede utilizarse jabón en	La utilización exclusiva de un antiséptico puede provocar sequedad de las manos y originar una irritación

granulado y preparaciones en polvo.

Lávese las manos produciendo mucha espuma y frotando durante por lo menos de 10 a 15 segundos. Entrelace los dedos y frote palma y dorso de las manos con movimientos circulares 5 veces cada lado, mantenga la punta de los dedos hacia abajo, para facilitar la eliminación de los microorganismos.

Generalmente, las zonas subyacentes bajo las uñas contiene suciedad, límpielas con las propias uñas de la otra mano y con mas jabón o con un abatelenguas limpio.

Lave bien las manos y muñecas, manteniendo las manos en posición baja y los codos hacia arriba.

Séquese las manos, desde los dedos hasta las muñecas y antebrazos, con toallas de papel, una toalla de un solo uso o un secador de aire caliente.

Si se utilizan toallas de papel, tírelas en el cubo habilitado para ese fin.

Cierre el grifo de agua accionando el mando para el pie o rodilla, si se trata de un mando para las manos, utilice toallas de papel limpias.

cutánea.

El jabón limpia por medio de la emulsión de grasas y aceites, por lo que disminuyen la tensión superficial, la acción mecánica de frotar reblandece y elimina la suciedad y las bacterias transitorias, el entrelazado de dedos y pulgares asegura la limpieza de todas las superficies de la mano.

La zona debajo de las uñas puede estar muy contaminada, lo que aumenta el riesgo de infecciones en la enfermera y el paciente.

El lavado elimina por acción mecánica la suciedad y microorganismos.

El secado de la piel previene la formación de grietas. El secado desde la zona más limpia (punta de los dedos) hasta la menos limpia (antebrazo) ayuda a evitar la contaminación.

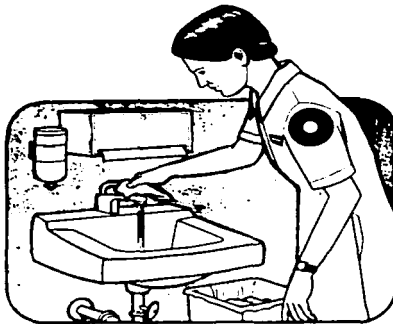
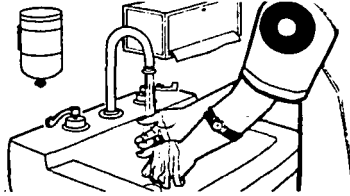
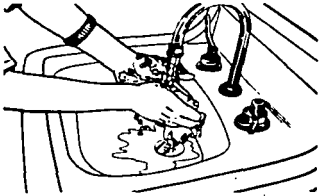
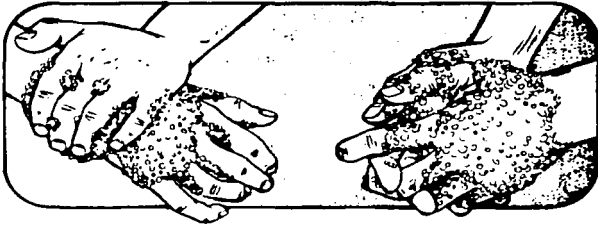
Evita la diseminación de microorganismos.

Las manos y toallas húmedas permiten la diseminación de los gérmenes patógenos por acción capilar.¹⁴

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¹⁴ Perry Anne. Op. Cit. p. 1033

Lavado de manos (Schniedman).



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6.4.2 MEDIDAS DE AISLAMIENTO.

Entre los pacientes o personal sanitario de un centro, existen el riesgo de transmisión de una infección nosocomial o enfermedad infecciosa, cuando se sabe que un paciente constituye una fuente de infección, el personal sanitario debe seguir unas directrices específicas para la prevención y el control de la infección.

La mayoría de microorganismos causantes de infecciones nosocomiales se encuentran en líquidos corporales del paciente, que han sido colonizados, independientemente del haber confirmado la infección mediante un cultivo y de haber llegado a un diagnóstico; secreciones orgánicas corporales como las heces, orina, expectoraciones o supuraciones de heridas, pueden contener microorganismos infecciosos.

Las medidas de aislamiento o de efecto de barrera incluyen la utilización de batas, gafas protectoras, guantes, cubre bocas, y otros dispositivos o ropa, con el objetivo de prevenir contaminación. La enfermera en el servicio de cirugía plástica y reconstructiva valora la necesidad de tomar medidas de barrera en cada tarea que realice y en todos los pacientes que atienda, independientemente de su diagnóstico.

PRECAUCIONES UNIVERSALES PARA TODOS LOS PACIENTES:

Las precauciones universales se aplican en: sangre, todos los líquidos corporales, secreciones, excretas, piel lesionada y mucosas.

Lavarse las manos si se contaminan con sangre o líquidos corporales, inmediatamente después de quitarse los guantes, entre el contacto de dos pacientes.

Se utilizan guantes cuando exista el riesgo de contaminación por sangre, líquidos corporales, secreción, excretas, piel lesionada, mucosa o instrumentos contaminados.

Deben utilizarse mascarilla, protección ocular o facial, cuando los cuidados de los pacientes suponen la posibilidad de salpicaduras o la vaporización de la sangre o líquidos corporales.

Deben utilizarse batas cuando se prevé el manchado de la ropa con sangre o líquidos corporales.

El material utilizado con los pacientes debe limpiarse y procesarse de forma adecuada; se desecharan los utensilios de un solo uso.

La ropa contaminada se coloca en una bolsa impermeable y se manipula de forma que no entre en contacto con piel y mucosas.

Todos los instrumentos cortantes y agujas se desecharán en un contenedor adecuado para este fin, se recomienda que las agujas, una vez utilizadas se desechen sin capuchón o que se utilice un sistema mecánico para encapuchar agujas.

Existen tres tipos de precauciones para evitar la transmisión de microorganismos: aérea, por gotitas expelidas por la tos y el habla y por el contacto directo, cuando las medidas se aplican además de las precauciones universales necesarias, relativas a la colonización o infección por el microorganismo específico.

CONCEPTO:

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

PRINCIPIO:

Previene la diseminación de microorganismos infecciosos.

Fomenta la comprensión del proceso infeccioso al procurar métodos racionales para contener el microbio, usando conocimientos sobre los mecanismos de transmisión de enfermedades.

Procura la recuperación del paciente infectado o colonizado.

AISLAMIENTO ESTRICTO:

Es el conjunto de practicas que evitan la diseminación de un organismo patógeno causante de una enfermedad contagiosa.

OBJETIVO:

Prevenir la transmisión de infecciones muy contagiosas o virulentas que puedan propagarse por gotitas y contacto directo.

AISLAMIENTO PROTECTOR:

Es el conjunto de procedimientos empleados para evitar que una persona susceptible y no contagiosa contraiga una infección.

OBJETIVO:

Prevenir el contacto entre organismos potencialmente patógenos y personas no infectadas que presentan defensas naturales seriamente deterioradas.

MATERIAL Y EQUIPO:

Bata desechable o estéril.
Cubre bocas.
Gorro.
Guantes estériles.
Protector ocular.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TÉCNICA / PROCEDIMIENTO:

Actividades.	Fundamentación.
<p>Lávese las manos.</p> <p>Póngase la bata, la mascarilla, los guantes y las gafas protectoras, según proceda.</p>	<p>Disminuye la diseminación de microorganismos.</p>
<p>Póngase la bata y asegúrese de que cubra toda la superficie externa, baje las mangas hasta las muñecas, ajústela en el cuello y la cintura.</p>	
<p>Colóquese los guantes desechables, si se utiliza bata, el extremo proximal de los guantes debe superponerse por encima de las mangas de la bata.</p>	<p>Las prendas protectoras evitan la transmisión de microorganismos de la enfermera al paciente y protegen a la primera del contacto con patógenos contagiosos.</p>
<p>Colóquese gafas protectoras que se ajusten.</p>	<p>Las gafas protectoras deben llevarse cuando se prevé el salpicado con líquidos corporales.</p>
<p>Entre a la habitación del paciente, coloque el material y equipo necesario.</p>	<p>Evite las entradas y salidas innecesarias de la habitación.</p>
<p>Explique el objetivo de aislamiento y las precauciones necesarias que debe tomar el paciente y sus familiares, dé la oportunidad de que el paciente pregunte.</p>	<p>Aumenta la capacidad del paciente y de su familia para participar en sus cuidados y minimiza la ansiedad.</p>

Determine los signos vitales.

Evite el contacto del estetoscopio o brazaletes de presión con material infectado.

Cuando se reutilice el estetoscopio, limpie el diafragma con alcohol. Deben utilizarse termómetros de uso individual.

Administrar medicamentos.

Administre la medicación oral en un recipiente o vaso de plástico.

Administre inyecciones con los guantes puestos, deseche la jeringa y la aguja utilizadas en los contenedores especiales para este uso.

Asee al paciente; evite que la bata de aislamiento se moje, evite inclinarse sobre una superficie mojada.

Recomendación: al cambiar el apósito, es recomendable usar una máscara y un gorro, además de la bata y guantes estériles. Tenga presente que el objetivo es prevenir la contaminación del paciente con sustancias que pueden causar infección.

Quite la ropa de cama; si esta excesivamente manchada, evitar su contacto con la bata de aislamiento, coloque en una bolsa de ropa impermeable.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El material permanece limpio, tanto si se emplean en varios pacientes como si se utiliza solamente en el paciente aislado.

El material se maneja y desecha con el fin de minimizar la transmisión de microorganismos.

Disminuye la diseminación de microorganismos.

La humedad permite que los microorganismos pasen de la bata al uniforme subyacente.

La ropa manchada con los líquidos corporales del paciente debe manipularse evitando su contacto con enseres limpios.

<p>Reponga en la habitación el material utilizado, según proceda.</p>	<p>La limitación de los viajes del personal sanitario a la habitación de aislamiento reduce la exposición de la enfermera y del paciente a los microorganismos, debe aprovecharse al máximo el tiempo que se permanece en la habitación del paciente.</p>
<p>Ponga los artículos contaminados en una bolsa, rotúlela y séllela con cinta.</p>	<p>Esto ayuda a impedir que el material infeccioso entre en contacto con alguna persona u objeto.</p>
<p>Lávese las manos cuidadosamente después de entrar en contacto con el paciente sometido a aislamiento siempre use jabón.</p>	<p>El agua corriente en forma mecánica elimina los microbios, el jabón emulsifica las sustancias y reduce la tensión superficial, el lavado de manos es el medio más importante para prevenir la diseminación de infecciones.</p>
<p>Haga visitas frecuentes al paciente aislado, no es necesario entrar al cuarto si no simplemente abrir la puerta y verlo para tranquilizarlo.</p>	<p>La soledad es una experiencia emocional desagradable y que se procura evitar, el darse cuenta que no está solo, es básico para la hemostasia psicológica.¹⁵</p>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¹⁵ Ibidem p. 1040.

Medidas de aislamiento (King).



Colocación de bata.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Cubre bocas.

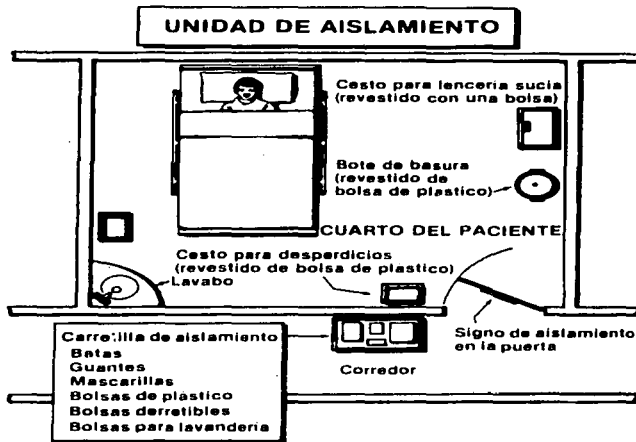


Colocación de guantes limpios.

(continuación).



Rotulación de material contaminado.



(Schniedman).

recipiente. Cierre las pinzas en la tubería e inserte el extremo a través del tapón de caucho en el frasco o bolsa de líquido. Conserve la esterilidad estricta del contenido durante la apertura e inserción.

Cuelgue la bolsa o frasco de líquido ya adaptado al equipo de venopack y expulse todas las burbujas permitiendo que se llene y que salga una pequeña cantidad de líquido por el extremo. Llene la cámara de goteo por lo menos a la mitad. Cuando llene el equipo de venopack, conserve la esterilidad de su extremo. Después de expulsar el aire, ponga de nuevo la tapa protectora y estéril sobre el extremo hasta que se conecte a la aguja del paciente.

Eleve la cabecera de la cama hasta que el corazón esté por arriba del nivel de la vena elegida para venopunción.

Aplique la ligadura por arriba del sitio previsto de venopunción. Asegúrese que aún se palpe el pulso por debajo del sitio de aplicación de la ligadura. Los sitios más frecuentes de venopunción se encuentran entre el pliegue del codo (vena mediana y basilíca) y la muñeca (vena radial). Si es absolutamente necesario, puede usarse la zona del pie.

Si la vena no se distiende o no se palpa con facilidad, palmeo con suavidad la zona, pida al paciente que abra y cierre el puño del brazo en cuestión, baje la extremidad por debajo del nivel del corazón, o aplique una toalla tibia a la zona. La vena tiene un aspecto azulado en personas de piel clara. En los de piel

El aire puede causar embolia pulmonar si se introduce en cantidad suficiente en el torrente sanguíneo. El cumplimiento estricto de la técnica estéril reduce las probabilidades de causar infección.

La posición colgante de la vena por debajo del nivel del corazón ayuda a llenar y distender la vena.

La ligadura causa constricción de las venas, lo que produce llenado y distensión y hace las venas más accesibles. Debe tenerse cuidado para asegurarse que no se trastorne la circulación arterial. Las venas en las extremidades superiores se consideran mejores para venopunción, a causa de la posibilidad de flebitis, también se pueden usar las venas del pie o pierna.

La circulación hacia una parte del cuerpo puede aumentarse por cambio de posición, ejercicio activo y pasivo o aplicación de calor.

oscura, confíe en la palpación para descubrir la vena, que debe sentirse elástica y semejante al caucho, con un ligero rebote cuando se oprime suavemente. Evite las venas que son filiformes o están enrojecidas o duras pues puede haber flebitis o placas arterioscleróticas.

Limpie la piel con antiséptico en el sitio previsto de venopunción y en movimiento circular hacia afuera a una distancia de varios centímetros. Coja la piel y retráigala sobre la zona de la vena. Hiperextienda la extremidad si es necesario.

Sostenga la aguja a un ángulo de 45 grados, con el bisel hacia arriba y paralela a la vena y aun lado de ésta. Inserte la aguja a través de la piel y cerca de un centímetro por debajo del sitio previsto de punción venosa.

Cuando la aguja haya atravesado la piel, reduzca el ángulo hasta que esté casi paralela a la piel. Con suavidad inserte la aguja en la vena, use la mano libre para palpar, controlar y fijar la vena mientras se introduce la aguja.

Cuando aparezca retorno venoso en la aguja, prosiga con la cateterización de la vena. Si se usa una aguja de punta alada u ordinaria, insértela 1 ó 2 centímetros más en la vena. Fijela mientras conecta el equipo de venopack. No comience el goteo hasta no quitar la ligadura. El angiocath se introduce en la vena mientras está aún distendida de la forma siguiente:

Los microbios que normalmente se encuentran en la piel pueden ser patógenos cuando se permiten que penetren en el torrente sanguíneo. Al fijar la piel por retracción e hiperextensión de la extremidad, la vena se hace más visible y palpable.

La presión necesaria para atravesar la piel basta para forzar la aguja a través de la vena. Al insertar la aguja a un lado de la vena se previene el traumatismo accidental de ésta y el fracaso de la venopunción.

La punción de la vena con aguja cercana a la perpendicular puede atravesar la vena de manera accidental lo que libera la sangre estancada hacia los tejidos, y causa hematoma e inutiliza la vena para venoclisis. Entonces hay que realizar la venopunción en otro sitio.

VEINIS COME
FALLA DE ORIGEN

Angiocath: introduzca el catéter en la vena con el estilete aún en la vaina, o extraiga el estilete e introduzca solo la vaina si la venopunción es segura. Después de extraer el estilete, nunca debe reinsertarse. Si la vaina no penetra después de extraer el estilete, se saca y se intenta la venopunción de nuevo.

Libere la ligadura después de conectar el equipo de venopack. Trabaje con rapidez y eficiencia para que la aguja no atraviese de lado a lado la vena o salga de ésta. Abra la tubería y permita que el líquido comience a fluir, ajústelo a la velocidad deseada.

Sostenga la aguja con una torunda de algodón o apósito estéril en la posición que haga aumentar al máximo el flujo de líquido hacia la vena.

Cuelgue el líquido 45 a 60 centímetros por arriba del sitio de punción si la solución se deja fluir por gravedad. Si se usa una bomba de goteo, la altura de la solución no es importante en la velocidad de administración.

Ajuste el flujo del líquido IV a la velocidad que especifique el médico. Puede usarse una bomba de goteo para vigilar la administración. Se dispone de muchas bombas diferentes, se debe consultar las instrucciones para poderlas usar. Si no se

La introducción junto con el estilete permite controlar más el catéter, pero existe también el riesgo de puncionar la vena con la punta de la aguja. Si se extrae el estilete, la aguja no puede reinsertarse en la vena si por accidente se sale durante la inserción. La aguja nunca se reinserta en la vaina de plástico por la probabilidad de desgarrar parte de la tubería de plástico, y causar embolia.

Al soltar la ligadura se libera la presión en la vena. La sangre se coagula en la aguja o catéter si no se inundan con líquido.

La presión de la pared de la vena contra el orificio de la aguja reduce o detiene el flujo del líquido, al producir el flujo máximo de líquido es posible ajustar su velocidad al nivel deseado sin temor que el cambio de posición aumente dicha velocidad e hidrate en exceso al paciente.

La presión venosa normalmente es mayor que la presión atmosférica. Los líquidos IV fluyen de la zona de presión mayor a menor. Al elevar la bolsa o frasco de líquido se usa la gravedad para aumentar la presión en la tubería.

Tres factores principales influyen sobre el ritmo de flujo: gradiente de presión, calibre de la tubería y viscosidad de la solución. La regulación del flujo del líquido ayuda a asegurarse que se administre la

usa una bomba, gire el tornillo de las pinzas para obtener la velocidad del flujo deseado.

Sujete el brazo afectado en una tabla braquial sólo si el paciente no puede estar razonablemente inmóvil o sostener el brazo en la posición necesaria para asegurar el flujo adecuado. Asegúrese que la restricción esté lo bastante suelta para no obstaculizar el paso del líquido. La extremidad debe estar en una posición que no limite el paso de la solución pero sí favorezca la movilización.

Escriba la fecha de inserción, calibre del catéter e iniciales de la enfermera que insertó la aguja en un pedazo de cinta. Además añada un pedazo de cinta a la tubería IV con la fecha e iniciales, para que pueda cambiarse cada 24 a 72 horas, según las normas hospitalarias.

Para suspender la venoclisis apriete las pinzas para detener el flujo. Fije la aguja para prevenir el daño tisular y, con la otra mano, quite la cinta. Con suavidad saque la aguja y en movimiento constante. Aplique presión sobre el sitio de punción con una torunda durante varios minutos.

cantidad deseada de líquido durante el lapso prescrito.

Los movimientos descuidados de la extremidad causan tensión en la vena y posiblemente desplacen la aguja o catéter. Se alienta el movimiento para prevenir la rigidez y estasis de sangre en la extremidad afectada.

Al apretar las pinzas se impide que el líquido fluya fuera de la tubería y sobre el paciente después de sacar la aguja de la vena, momento en que cesa la contrapresión. La presión que se aplica al sitio de punción permite que la sangre se coagule e impida la hemorragia.¹⁶

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¹⁶ King Op. Cit. p. 452.

Preparación para la administración de soluciones (King) .



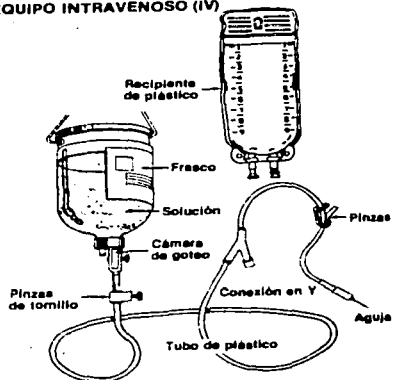
Asepsia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Punción.

EQUIPO INTRAVENOSO (IV)



(Schniedman).

6.6 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.

El fármaco se ha convertido en un bien social que ejerce un gran impacto en nuestra sociedad. Los medicamentos son sustancias que actúan interfiriendo la función de las células, con finalidad de corregir alteraciones existentes. Su influencia sobre el organismo depende de la vía de administración, de la dosis, de su forma de presentación y de otras facetas.

Debes de saber que los medicamentos pueden producir efectos secundarios nocivos, por eso es de vital importancia tomar en cuenta el manejo de los 5 correctos, el objetivo de la administración farmacológica son de prevención o profilaxis, de diagnóstico y terapéutico.

LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS:

Para que la enfermera administre un fármaco es necesario que exista una orden médica, la enfermera debe conocer los protocolos del centro relativo a las personas que pueden dar indicaciones médicas.

Asegúrese de que las órdenes de tratamiento contienen los siguientes elementos: fecha en que fue escrita, nombre del fármaco que hay que administrar, vía de administración y firma quien lo prescribe.

Valore los antecedentes de alergias del paciente, si la medicación esta contraindicada, notifíquelo al médico.

Esté informado sobre cada fármaco prescrito: acción e indicación del fármaco, dosis habituales y vía de administración, periodo de tiempo hasta el inicio de su acción, efectos secundarios e implicaciones de enfermería para su administración.

Administre los medicamentos dentro de los 30 minutos del periodo de tiempo prescrito para asegurar que la concentración sanguínea terapéutica se mantiene. Las administraciones inmediatas deberían administrarse tan pronto como el medicamento esté disponible, aunque generalmente puede administrarse en un periodo de 60 minutos la insulina debería aplicarse en periodos concretos antes de las comidas.

Una orden verbal es una orden médica o de tratamiento que la enfermera recibe en presencia del que la prescribe, la enfermera debe registrar las órdenes verbales en la hoja de enfermería del paciente y transcribirlas de la misma forma, si el que la prescribió no hubiera escrito la orden, para seguridad del personal de enfermería se le indicara al médico que a la brevedad lo haga por escrito para poder evitar problemas médico legales.

La precisión es máxima cuando la enfermera cumple los "cinco correctos" de la administración de fármacos:

- El fármaco correcto.
- La dosis correcta.
- El paciente correcto.
- La vía correcta.
- La hora correcta.

Administrar inmediatamente el medicamento después de su preparación para evitar equivocaciones.

Evitar registrar medicamentos que usted no haya administrado.

Si se comete algún error al ministrar el medicamento debe avisarse de inmediato al médico para que se tomen las medidas necesarias que protejan la salud del paciente

CONCEPTO:

Administración oral: Procedimiento que permite el paso de medicamentos a la circulación sistémica a través de la boca.

Administración por inhalación: procedimiento para administrar medicamentos en estado gaseoso o de vapor para ser absorbidos a través del aparato respiratorio.

Administración tópica: administración de medicamentos en estado líquido, semisólido, o sólido, para ser absorbidos a través de la piel o de las mucosas.

Administración parenteral: administración de medicamentos en forma de solución o suspensión mediante inyección. Existen diferentes formas que son:

Intradérmica: inyección aplicada en las capas situadas inmediatamente bajo la superficie de la piel en volúmenes muy pequeños (generalmente 0.1 ml) de sustancias en solución; en el sitio de inyección se forma una roncha. Se utiliza cuando se desean obtener efectos locales más que sistémicos del medicamento.

Subcutánea: inyección de pequeñas cantidades de sustancias muy solubles (0.5 a 1.0 ml) en el tejido conectivo laxo situado bajo la piel; esta ruta se emplea cuando no es factible la administración de medicamentos por la vía bucal o a veces se desea que la acción sea más lenta y más duradera que la que es posible por la vía intramuscular.

Intramuscular: inyección de volúmenes relativamente grandes (hasta 5.0 ml) de sustancias en solución o suspensión, en los músculos del cuerpo; se emplea cuando se desea absorción más rápida que por la vía subcutánea o cuando la sustancia es irritante para los tejidos subcutáneos o peligrosa si se inyecta en la vena. La

inyección **intramuscular en Z** es una técnica especial en la cual los tejidos son desplazados lateralmente durante la inyección se les permite regresar a su posición normal después del procedimiento; de esta manera el camino seguido por la aguja se cierra completamente y se evita que sustancias irritantes o colorantes se filtren hacia los tejidos subcutáneos.

Intravenosa: inyección de volúmenes variables de soluciones acuosas, directamente en las venas, donde la absorción es casi inmediata.

OBJETIVO:

Lograr un efecto en el organismo mediante el poder de absorción que tiene el tracto digestivo.
Colaborar con el diagnóstico.
Mitigar los signos y síntomas de la enfermedad.

PRINCIPIO:

- ❖ Ayuda a la recuperación de la salud.
- ❖ Propicia la salud y evita la enfermedad.
- ❖ Hidrata las células y tejidos del organismo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y EQUIPO:

Hoja de indicaciones médicas.
Charola para medicamentos prescritos.
Medicamento indicado.
Líquidos.
Atomizador o inhalador para fármacos inhalados.
Guantes o aplicadores para lociones y cremas para fármacos tópicos.

TÉCNICA / PROCEDIMIENTO:

Actividades.	Fundamentación.
Preparación: Tabletas y cápsulas: vacíe el número indicado en la tapa de la botella y de ahí páselas al vaso para administrar medicamentos. No toque los medicamentos con los dedos ni los regrese al envase provenientes del vaso. Si el fármaco viene empaquetado en forma	Evitar el contacto con los medicamentos reduce la probabilidad de contagios. El lavado de manos disminuye la posibilidad de diseminar infecciones.

de dosis unitaria individual, lleve el envase sin abrir. En la habitación del paciente, ábralo y póngalo directamente en la mano o en la boca del paciente. No toque las cápsulas o pastillas a menos que el sujeto necesite ayuda. Lávese las manos antes de ayudar a la persona a tomarlas.

Líquidos: sacuda el envase fuertemente, a menos que esté contraindicado por instrucciones en el envase. Vacíe el líquido con el vaso a nivel de los ojos y la etiqueta de la botella al frente. Llene el vaso hasta que el nivel del líquido se encuentre en la marca indicada del vaso, correspondiente a la dosis prescrita. Limpie la boca de la botella antes de taparla. Muchas preparaciones líquidas también son envasadas en dosis unitarias. Lea las instrucciones de la etiqueta para averiguar si la dosis individual debe ser sacudida para homogeneizarla antes de administrarla.

Medicamentos tópicos e inhalados: prepárelos según las indicaciones de la etiqueta.

Formas farmacéuticas de administración parenteral: la mayor parte de las inyecciones son de administración unitaria. Verifique que se encuentre en la jeringa la dosis correcta e inyéctela de acuerdo a las instrucciones del fabricante. Si el fármaco está contenido en un frasco ampula, limpie el tapón con una torunda con alcohol. Inyecte aire dentro del frasco en una cantidad igual a la de solución que se va a retirar.

Las partículas en suspensión pueden ser distribuidas de manera homogénea cuando se sacude la botella. Se debe administrar la dosis exacta para obtener el mayor efecto terapéutico. Muchos fármacos contienen azúcar y otros edulcorantes para mejorar su sabor. Si no se limpia la tapa, puede adherirse a la botella.

Los medicamentos son muy variados y deben prepararse según las instrucciones de cada fabricante.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Aspire la cantidad necesaria de medicamento y retire la aguja del frasco ampul. Este debe ser mantenido con el fondo hacia abajo cuando se inyecte el aire y la aguja no debe entrar en contacto directo con el medicamento. A continuación se toma el frasco con la boca hacia abajo y se introduce la aguja en la solución para retirar la cantidad prescrita. Si el fármaco se encuentra en una ampolleta, aserre un lado del estrechamiento del cuello de la ampolleta. Con el lado marcado con la sierra a la vista, desprendida la parte superior de la ampolleta con un ligero empujón; sostenga esta parte con una gasa. Si la ampolleta presenta una línea coloreada alrededor del cuello no es necesario aserrarla. Introduzca la aguja en la ampolleta, invíertela y extraiga el medicamento.

Nunca administre medicamentos que hayan sufrido cambios de color, olor o consistencia ni los provenientes de envases no identificables o cuyas etiquetas sean ilegibles.

Administración:

Medicamentos bucales sólidos. Evite tocarlos con las manos, introdúzcalos en la boca del paciente directamente del vaso o del paquete.

Si el paciente presenta dificultad para tragar los medicamentos por vía bucal, colóquelos en la parte posterior de la garganta, lo más profundo que se pueda.

La presentación del medicamento en envase unitario asegura la esterilidad del fármaco, disminuye la probabilidad de contaminación y facilita su almacenamiento y distribución. Desinfectar el tapón reduce la probabilidad de introducir microorganismos al interior del recipiente estéril. Si no se inyecta aire para reemplazar el líquido que se va a extraer se desarrolla presión negativa dentro del frasco, lo que dificulta la aspiración del medicamento. Al inyectar el aire la aguja no debe llegar al líquido para evitar la formación de burbujas. Al extraer el líquido la aguja debe llegar al interior del líquido para impedir que la jeringa se llene con el aire previamente inyectado. Hay que tener cuidado al romper la ampolleta para evitar cortaduras. Se utiliza una gasa o un pedazo de algodón para proteger los dedos de los bordes cortantes de la ampolleta.

Los cambios en el estado físico de los fármacos significan que han perdido su estabilidad y ya no son confiables para producir los efectos deseados.

De esta manera se reduce la probabilidad de contagios y de que la enfermera sufra efectos adversos, ya que ciertos medicamentos pueden ser absorbidos a través de la piel.

Estimular la parte posterior de la lengua produce el reflejo de la deglución.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Si no existe contraindicación, ofrezca agua con el medicamento para ayudar a deglutirlo.

Medicamentos bucales líquidos.

Exceptuando los jarabes para la tos, aceites y antiácidos, la mayor parte de los medicamentos líquidos pueden ser diluidos en una cuchara (15 ml aprox.) de agua o de jugo natural de fruta.

Las sustancias corrosivas y las colorantes deben ser administradas por medio de un popote.

Administración de fármaco tópico.

Aplicación de cremas, pomadas y lociones aceitosas: coloque aproximadamente 1-2 cucharillas de medicación en la palma de la mano enguantada y suavicela frotando vigorosamente entre las manos.

Cuando la medicación esté suave y fina, espárzala uniformemente sobre la superficie cutánea afectada, realizando largos masajes en la dirección del vello.

Explique al paciente que la piel puede estar grasienta tras la aplicación del fármaco.

Medicamentos de aplicación tópica:

oftálmicos. Coloque al paciente en buena posición sea acostado boca arriba o sentado con la cabeza echada atrás. Limpie el párpado de secreciones antes de aplicar el medicamento al ojo.

Los líquidos administrados con el medicamento facilitan la deglución y aceleran la absorción a través del tubo digestivo.

La dilución del medicamento acelera su absorción.

Estas sustancias producen daño al esmalte de los dientes.

La suavización del fármaco tópico facilita su disseminación sobre la piel.

Favorece la distribución uniforme de la medicación. La técnica previene la irritación de los folículos pilosos.

Las pomadas suelen contener aceites.

La posición dependiente ayuda al flujo de la gravedad de las gotas al interior del ojo. Si no se limpian, las secreciones de los párpados pueden ser introducidas al ojo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Indique al paciente que dirija la mirada hacia arriba con el ojo abierto normalmente. Mantenga el párpado abierto ejerciendo delicada presión sobre las prominencias óseas situadas por arriba y abajo del ojo.

Aplique el medicamento en el fondo del saco de la conjuntiva y no directamente sobre la superficie de la córnea.

Con una torunda de algodón estéril presione suavemente la comisura interna del ojo, o bien frote delicadamente desde la comisura interna hacia fuera para sacar el exceso de medicamento. Esto evita que el medicamento penetre al conducto lagrimal.

Una vez que el envase del medicamento se haya abierto ya no se considera estéril, tenga cuidado de no tocar el ojo con el aplicador. Si el medicamento debe ser aplicado en ambos ojos, utilice un frasco distinto para cada ojo.

Medicamentos de aplicación tópica: óticos. Coloque al paciente en la posición apropiada o sea recostado sobre su lado no afectado.

Delicadamente tire de la oreja de la persona hacia arriba y atrás para permitir que las gotas escurran por las paredes del conducto.

Pida al paciente que permanezca acostado en la misma posición por unos

La presión sobre el globo ocular produce daño y malestar.

La córnea es muy sensible y se daña con facilidad. Colocar las gotas directamente sobre la córnea estimula el reflejo de parpadeo.

La absorción del exceso de medicamento por la nariz y la faringe puede producir síntomas tóxicos.

Tome precauciones para no propagar la infección. El contagio entre los propios ojos del paciente se puede prevenir utilizando frascos separados para aplicar el medicamento a cada ojo.

Aproveche la fuerza de la gravedad para distribuir el medicamento a lo largo del conducto auditivo.

Por medio de esta acción se endereza el conducto auditivo.

Tarda unos pocos minutos para que el medicamento llegue a las partes

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

minutos después de la aplicación del fármaco.

Medicamentos de administración tópica: nasales.

Paciente en posición con la cabeza en hiperextensión.

Instile las gotas dentro de la nariz, sin que el gotero toque la piel del paciente. Con suavidad eleve la punta de la nariz para dejar caer el medicamento.

Medicamentos de administración tópica:

Supositorios rectales. Coloque al paciente en la posición de sims sobre su lado izquierdo. Utilice guantes limpios. Lubrique el supositorio con algún gel hidrosoluble; separe las nalgas del paciente e introduzca el supositorio aproximadamente unos 5 cm dentro del recto. Indíquelo que retenga el supositorio unos 10 minutos.

Medicamentos parenterales:

Inyección intradérmica. Desinfecte la piel de la región anterior del antebrazo utilizando una torunda empapada en alcohol, haga movimientos circulares del centro hacia la periferia. Introduzca la aguja con el bisel hacia arriba, en un ángulo de grados hasta que la punta se encuentre debajo de la capa más externa de la piel. Aspire para probar que la aguja no se introdujo en alguna vena. Inyecte la solución; se debe producir una pequeña ampolla o roncha.

Inyección subcutánea. Escoja un sitio que contenga tejido conectivo laxo, que no tenga grandes vasos sanguíneos y nervios. La rotación de los sitios

profundas del conducto auditivo.

Esta posición facilita el acceso a las ventanas nasales y permite que las gotas fluyan por la fuerza de gravedad.

Se pueden propagar microorganismos cuando se toca directamente la piel del paciente.

El conducto anal de un adulto mide aproximadamente 3 cm de largo. La inserción del supositorio hasta unos 5 cm asegura que se ha pasado más allá del esfínter externo y facilita la retención. Tarda cerca de 10 minutos para que la capa de recubrimiento del supositorio se funda y el medicamento se distribuya.

La cara anterior del antebrazo es una región que puede verse con facilidad para vigilar la reacción a la sustancia de prueba.

Los sitios más frecuentemente empleados se encuentran en la cara externa de los muslos. Esas zonas están poco inervadas y la inyección

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

<p>disminuye la irritación y mejora la absorción.</p>	<p>produce menos dolor que en otros lugares.</p>
<p>Desinfectar la región con alcohol, con movimientos circulares del centro hacia la periferia.</p>	<p>De ese modo se reduce la cantidad de microbios presentes en la piel antes de la punción.</p>
<p>Eleve el tejido subcutáneo apretándolo ligeramente hacia arriba en forma de cojín.</p>	<p>Elevar el tejido evita que la aguja penetre al músculo.</p>
<p>Introduzca la aguja en ángulo entre 30 y 90 grados, dependiendo el volumen y la turgencia del tejido. Una vez que la aguja se introduce se suelta el pliegue de tejido.</p>	<p>La inyección de la solución dentro del pliegue de tejido apretado, comprime las terminaciones nerviosas y causa dolor.</p>
<p>Con delicadeza tire hacia atrás del émbolo de la jeringa para comprobar que la aguja no se encuentra en un vaso sanguíneo. Si aparece sangre en la jeringa, retire la aguja y aplique presión sobre la zona hasta que la sangre se detenga. Aplique una cinta adhesiva estéril. Utilice una jeringa nueva que contenga el medicamento y vuelva a inyectar en un sitio diferente; si no aparece sangre, inyecta la solución lentamente.</p>	<p>Las sustancias que se inyectan en un vaso sanguíneo son absorbidas de inmediato. La razón para inyectar los medicamentos por vía subcutánea es que se absorben lentamente.</p>
<p>Retirar la aguja con un movimiento rápido.</p>	<p>Retire rápidamente la aguja para evitar tirar del tejido y causar dolor.</p>
<p>Inyección intramuscular. Aspire alrededor 0.2 a 0.3 ml de aire dentro de la jeringa, una vez que el medicamento está en ella. La burbuja de aire es más ligera y se eleva hacia la superficie de la solución; de ese modo será inyectada hasta lo último.</p>	<p>La inyección de una burbuja de aire después del medicamento sirve para limpiar la aguja y evitar escurrimientos de sustancias irritantes hacia el tejido subcutáneo cuando se saca la aguja.</p>

Ayude al paciente a colocarse en una posición cómoda. Indíquelo que inspire profundamente antes de la introducción de la aguja. Escoja un sitio sobre una masa muscular voluminosa alejado de vasos grandes y troncos nerviosos. El más comúnmente empleado en los adultos se localiza en el cuadrante superior y externo de los glúteos y sobre el vasto externo. También se puede emplear el deltoides y la cara anterior del muslo.

Desinfecte la piel de la región con un algodón mojado de alcohol, con movimientos circulares del centro hacia la periferia.

Introduzca con firmeza la aguja en un ángulo de 90 grados directamente al músculo. Tire del émbolo de la jeringa. Si aparece sangre, la aguja ha penetrado en una vena y es necesario empezar el procedimiento de nuevo. Inyecte el medicamento lentamente y retire la aguja con movimiento rápido.

Técnica de inyección IM en Z. Utilice el mismo procedimiento que el empleado para la inyección IM, pero usando únicamente el cuadrante superior externo del glúteo mayor para la inyección en Z.

Comprima el tejido subcutáneo y desplácelo hacia un lado antes de la inyección. Introduzca la aguja directamente al músculo mientras la piel permanece desplazada a un lado. Inyecte el medicamento.

Antes de tirar el tejido desplazado espere

Estar en posición cómoda e inspirar profundamente ayuda a la relajación del paciente. La inyección aplicada sobre el músculo contraído produce dolor.

Los microbios que generalmente se encuentran en la superficie de la piel pueden convertirse en patógenos cuando se introducen en el organismo.

El músculo es un tejido muy vascularizado. La inyección intramuscular aplicada accidentalmente en una vena podría poner en peligro al paciente. Retire la aguja con movimiento rápido, lo que reduce al mínimo el dolor y el traumatismo.

El glúteo mayor es lo suficientemente grande como para absorber el medicamento irritante.

La compresión del tejido subcutáneo ayuda a que el medicamento penetre al tejido muscular. Cuando el tejido se libera, el camino seguido por la aguja queda sellado.

El tiempo que se espera y la burbuja

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

10 segundos después de retirar la aguja.

Inyección intravenosa. Cuando se administra alguna solución por venoclis, desinfecte el acceso para la inyección con un algodón mojado en alcohol. Pince el tubo IV por arriba del sitio de inyección e introduzca una aguja número 21 a través de la doble pared autosellante. Inyecte el medicamento según las instrucciones del fabricante o del médico. Retire la aguja y la pinza del tubo, y restablezca al paso del líquido.

La inyección IV directa requiere cuidado y habilidad. Para la inyección IV directa, desinfecte cuidadosamente la piel con alcohol o alguna otra solución antiséptica. Efectúe la venopunción. Haga aspiración de sangre para estar segura que la aguja está en la vena; suelte el torniquete; inyecte el medicamento lentamente y aspire con frecuencia para verificar que la aguja todavía permanece en la vena. Una vez terminada la inyección, retire la aguja y aplique presión directa sobre el sitio de inyección hasta que el sangrado se detenga.

de 0.3 ml de aire ayudan a cerrar el paso del líquido inyectado y evitar escurrimientos hacia el tejido subcutáneo.

Los microbios patógenos que se encuentran en el tubo IV pueden ser arrastrados lentamente hacia la circulación sanguínea si no son eliminados. Ciertos medicamentos deben ser inyectados poco a poco de modo que el paciente no sea agobiado por sus efectos repentinos; otros se inyectan rápidamente para disminuir el riesgo de que se unan a las proteínas del suero.

Para evitar la introducción de microorganismos patógenos a la circulación sanguínea, es necesaria la desinfección escrupulosa de la piel. Si no se suelta el torniquete, el medicamento se acumula y produce aumento de la presión dentro de la vena. Si el fármaco se inyecta en forma muy rápida pueden presentarse reacciones tóxicas o choque.¹⁷

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¹⁷ Ibidem p. 483.

Administración de medicamentos (King).



Medicamentos orales

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Medicamentos orales líquidos.



Medicamentos oftálmicos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ALGUNOS EJEMPLOS DE TESIS
CON FALLA DE ORIGEN

(continuación).



Medicamentos óticos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

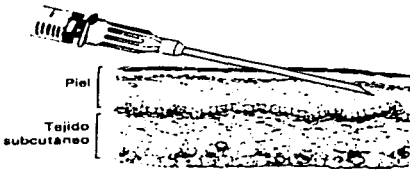


Medicamentos nasales.



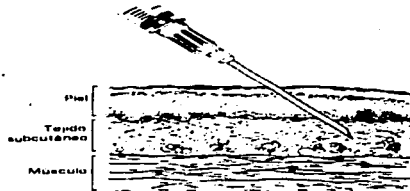
Medicamentos rectales.

(continuación).

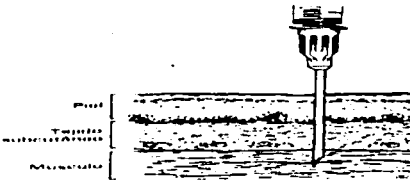


Intradérmica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Subcutánea.



Intramuscular.

6.7 OXIGENOTERAPIA.

Es la administración de oxígeno suplementario a un paciente para evitar o disminuir la hipoxia, situación en que la cantidad de oxígeno es insuficiente para las demandas metabólicas tisulares y celulares, la hipoxia se origina a partir de la hipoxemia, o déficit de oxígeno en la sangre arterial.

La oxigenoterapia es necesaria en diversas enfermedades para corregir un intercambio gaseoso alterado y la hipoxia resultante, un ejemplo de estas enfermedades es la neumonía, ésta altera el intercambio gaseoso debido a la presencia de líquidos y secreciones en el pulmón y disminuye la difusión de oxígeno desde el pulmón hacia el torrente sanguíneo arterial.

La ansiedad, la confusión y la inquietud son signos precoces de hipoxia. Otros signos que hay que valorar incluyen cambios en la presión arterial, arritmias cardíacas, como extrasístoles ventriculares, taquipnea, disnea, somnolencia, cefalea, desorientación, pérdida de la memoria y náuseas.

OBJETIVO:

Suministrar el tipo y el grado de ayuda respiratoria compatible con las necesidades y la tolerancia del paciente.

PRINCIPIO:

Mejora la calidad de aire inspirado para disminuir la energía que invierte en su respiración el paciente.

6.7.1 ADMINISTRACIÓN DE OXIGENO POR SONDA NASAL O CANULA NASAL.

Las puntas nasales son un sencillo y cómodo dispositivo para administrar oxígeno a un paciente, los dos extremos de la cánula, de 1.5 cm de longitud, aproximadamente, sobresalen del centro del tubo desechable y se insertan en los orificios nasales. El oxígeno se administra a través de la cánula, a un volumen de 5 a 6 litros por minuto, volúmenes más elevados resecan la mucosa de la vía aérea y no aumentan la concentración de oxígeno inspirado (Fio₂), las puntas nasales son un mecanismo eficaz para administrar oxígeno, permite al paciente respirar por la boca o por la nariz, puede utilizarse en todas las edades y son adecuadas tanto a corto plazo como a largo plazo.

CONCEPTO:

El oxígeno se suministra a través de cánula de plástico introducida en un orificio nasal del paciente.

OBJETIVO:

Proporcionar oxígeno para tratar la hipoxemia.
Evitar sufrimiento tisular.
Disminuir el trabajo respiratorio.
Ministrar la cantidad suficiente de oxígeno para mantener sus niveles sanguíneos dentro de la normalidad.

VENTAJAS:

Segura y sencilla
Cómoda y fácil de tolerar.
Los extremos nasales pueden adaptarse a cualquier tipo de cara.
Eficaz para concentraciones bajas de oxígeno.
Permite movimientos.
Poco costosa.
Desechable.

DESVENTAJAS:

No se puede administrar concentraciones mayores de 40 %.
No se puede utilizar cuando hay obstrucción nasal completa.
Puede causar cefalea o sequedad de mucosas si la velocidad del flujo excede 6 litros por minuto.
Se desprende con facilidad.

MATERIAL Y EQUIPO:

Fuente de oxígeno.

Cánula nasal de plástico con tubos conectores.

Humidificador con agua destilada estéril hasta el nivel indicado.

Flujómetro.

TÉCNICA / PROCEDIMIENTO:

Actividades.	Fundamentación.
<p>Mostrar la cánula nasal al paciente y explicarle el procedimiento.</p>	<p>Esto nos ayuda a disminuir la ansiedad del paciente y ganarnos su confianza.</p>
<p>Comprobar que el humidificador está lleno hasta la marca adecuada.</p>	<p>Si el frasco del humidificador no está suficientemente lleno, se suministra menos humedad.</p>
<p>Unir el tubo para conexión de la cánula a la salida del humidificador.</p>	
<p>Ajustar el ritmo de flujo a los litros por minuto prescritos, comprobar que el oxígeno está fluyendo a través de las puntas nasales de la cánula.</p>	<p>Las concentraciones aproximadas de oxígeno que suministra la cánula son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">1 Litro 24%2 Litros 28%3 Litros 32%4 Litros 36%5 Litros 40%
<p>Colocar las puntas de la cánula en la nariz del paciente.</p>	<p>Colocar la cánula de tal forma que las puntas no se introduzcan más de 2.5 cm en las narinas.</p>
<p>Ajustar el flujo al ritmo prescrito.</p>	<p>Como la cánula nasal es un sistema de flujo bajo (el volumen de ventilación pulmonar del paciente suministra parte del gas inspirado), varía la concentración de oxígeno, según la</p>

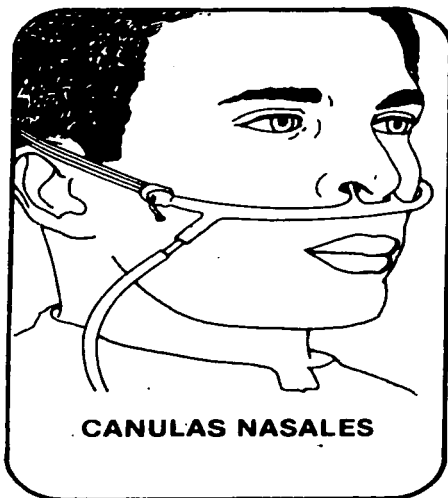
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

<p>Cambiar con frecuencia la cánula, los humidificadores, los tubos y otro equipo expuesto a la humedad.</p> <p>Si esta permeable colgar el tubo de la cánula detrás de las orejas y debajo del mentón del paciente.</p> <p>Deslizar el ajustador hacia arriba bajo el mentón para fijar el tubo.</p>	<p>frecuencia respiratoria y volumen de ventilación pulmonar del paciente.</p> <p>El equipo contaminado puede causar infecciones nosocomiales en pacientes débiles.</p> <p>No apretar o ajustar demasiado porque ejercer demasiada presión sobre estructuras faciales y también ocluir la cánula.¹⁸</p>
---	--

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¹⁸ Lewis Judith. Procedimientos de cuidados críticos. Ed. Manual Moderno. México. 1998. p. 345.

Administración de oxígeno por cánula nasal (Schniedman).



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6.7.2 ADMINISTRACIÓN DE OXIGENO CON MASCARA DE RESERVORIO.

La mascarilla de tipo reservorio es un dispositivo flexible, en forma de cono, conectado con un reservorio de plástico, entre la mascarilla y el reservorio existe una válvula de un solo sentido, que permite la inhalación de oxígeno y evita la acumulación de CO₂ espirado. Asimismo, los orificios de espiración están cubiertos por una válvula de un único sentido para evitar que el oxígeno se diluya con el aire ambiental.

CONCEPTO:

Es la administración de oxígeno que durante la inspiración se abre una válvula de una vía, dirigiendo el oxígeno de la bolsa reservorio a la mascarilla. Durante la espiración, el gas sale de la mascarilla a la atmósfera a través de una válvula de una vía, el paciente sólo respira aire de la bolsa.

OBJETIVO:

Evitar la intubación hasta que se haga eficaz el tratamiento del trastorno subyacente.

VENTAJAS:

Suministra la concentración más alta posible de oxígeno (60 a 90%).

Eficaz para tratamiento prolongado.

No seca las mucosas, puede convertirse en mascarilla de reinhalación parcial, si es necesario, retirando la válvula de una vía..

DESVENTAJAS:

Requiere cierre hermético a veces difícil de mantener y puede causar malestar.

Puede irritar la piel del paciente.

Poco práctica para tratamiento a largo plazo.

MATERIAL Y EQUIPO:

Fuente de oxígeno.

Máscara facial de plástico con bolsa y tubos.

Humidificador con agua destilada estéril.

Flujómetro.

TÉCNICA / PROCEDIMIENTO:

Actividades.	Fundamentación.
Mostrar la máscara al paciente y explicar el procedimiento.	Esto disminuye la ansiedad del paciente.
Comprobar que el humidificador está lleno hasta la marca adecuada.	Si el frasco del nebulizador no está suficientemente lleno, se suministra menos humedad.
Colocar la máscara en la cara del paciente.	Asegurarse que la mascarilla ajuste bien, pues debe haber un sello impermeable entre la mascarilla y la cara del paciente. CONSEJO: Si la mascarilla ajusta bien y la bolsa se ajusta para que la inhalación del paciente no desinfe la bolsa, puede lograrse concentraciones de oxígeno inspirada de hasta 90%, si el flujo de oxígeno no basta para conservar llena la bolsa reservorio, la concentración de oxígeno se reduce a medida que penetre aire ambiente a través de las válvulas de membrana o resorte.
Permanecer con el paciente durante cierto tiempo para ponerlo cómodo y observar sus reacciones.	Asegurarse que no escape oxígeno de la parte lateral de la mascarilla.
Quitar la máscara periódicamente (si lo permite el estado del paciente) para secar la cara a su alrededor, dar masaje facial en esa área.	Estas acciones reducen la acumulación de humedad debajo de la máscara, el masaje facial estimula la circulación y reduce la presión sobre el área.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Observar si cambia el estado del paciente, evaluar funcionamiento del equipo y el nivel de agua del humidificador.

Si cambia el estado del paciente, valorar los gases en sangre arterial.

Valorar al paciente para descubrir cambios del estado mental, diaforesis, cambios de la presión arterial, aumento de la frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria, cerciorarse que la bolsa reservorio nunca se colapse por completo a medida que varia la respiración del paciente.

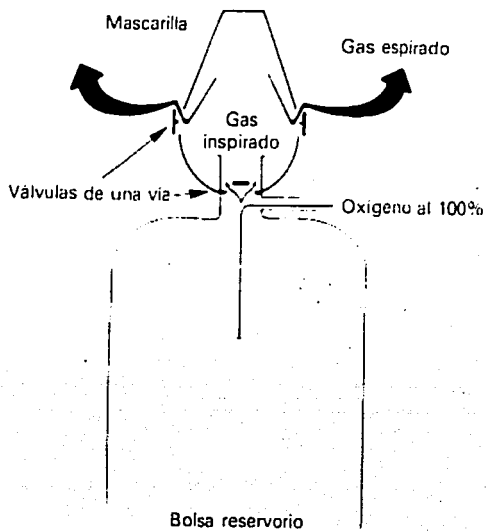
La concentración inadecuada de oxígeno puede causar hipoxemia o hipoxia, si bien este sistema esta diseñado para proporcionar altas concentraciones de oxígeno, éstas se logran en forma variada a causa de las fugas de aire alrededor de la mascarilla o penetración de aire a través de las válvulas de seguridad. Si desmejora el estado del paciente puede estar indicada la presión positiva continua en la vía aérea (PPCA) por mascarilla o la intubación y ventilación mecánica.¹⁹

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¹⁹ Ibidem p. 346.

Administración de oxígeno por mascarilla con reservorio (Lewis Judith).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



6.8 FISIOTERAPIA PULMONAR.

6.8.1 PERCUSIÓN.

La técnica se aplica sobre partes específicas de la caja torácica, sobre cada zona que debe ser drenada, normalmente, el transporte mucociliar y la tos son eficientes para eliminar de forma eficaz las secreciones de las vías respiratorias, cuando este proceso de limpieza se encuentra alterado por ciertas enfermedades, esta técnica se combinan con drenaje postural para ayudar a eliminar el moco.

CONCEPTO:

Es un movimiento que se hace golpeando la pared del tórax en forma rítmica con las manos acopadas sobre el segmento del tórax por drenar, las muñecas se flexionan y extienden alternativamente de tal forma que el tórax se golpea sin dolor. Que favorecen el desprendimiento de las secreciones retenidas.

OBJETIVO:

Aflojar las secreciones y facilitar el drenaje de moco y secreciones de los pulmones estando el paciente en la posición de drenaje postural indicada para su problema pulmonar específico.

Ayudar a desalojar el moco adherido a los bronquios bronquiolos.

PRINCIPIO:

El paciente se coloca de manera que el área afectada se encuentra en posición casi vertical y la gravedad se utiliza para ayudar a drenar segmentos específicos.

Las posiciones dependen de la localización, gravedad y duración de la obstrucción mucosa.

TÉCNICA / PROCEDIMIENTO:

Actividades.	Fundamentación.
Enseñar al paciente a que use respiración diafragmática.	La respiración diafragmática ayuda al paciente a relajarse y a ensanchar las vías aéreas
Colocar al paciente en posición prescritas para el drenaje postural, la columna debe estar recta para facilitar la extensión de la caja costal.	El paciente se coloca según el área del pulmón que debe drenarse.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Percutir con las manos acopadas sobre la pared del tórax 1 o 2 minutos desde:

Las costillas inferiores hasta los hombros en la espalda.

Las costillas inferiores hasta la parte superior del tórax al frente.

Alternamente, percuta el tórax con las manos acopadas para crear un sonido rítmico que recuerda el galopar de los caballos, podría realizarse a velocidad moderada o rápida, según se considere más confortable y eficaz.

Evitar golpear la columna, el hígado, riñones, bazo, mamas, esternón, escápula y clavícula.

Pedir al paciente que inhale en forma lenta y profunda. Hacer vibrar la pared del tórax a medida que espire lentamente por los labios fruncidos.

Permitir que el paciente descanse varios minutos.

Escuchar con el estetoscopio si hay cambios en los ruidos respiratorios, la aparición de ruidos húmedos (estertores).

Repetir el ciclo de percusión según la tolerancia del paciente y su respuesta clínica, por lo general 15 a 20 minutos.

Este método ayuda a desalojar los tapones de moco y moviliza las secreciones hacia los bronquios principales y la tráquea, el aire atrapado entre el moco del operador y la pared del tórax producirá un sonido hueco característico.

El sonido seco se produce debido a la bolsa de aire que se forma entre la mano y la pared torácica.

La percusión en estas áreas puede lesionar la columna y los órganos internos.

Se establece así una vibración que pasa a través de la pared del tórax y ayuda a aflojar el moco.

Ya que este procedimiento suele ser muy agotador sobre todo para pacientes seniles.

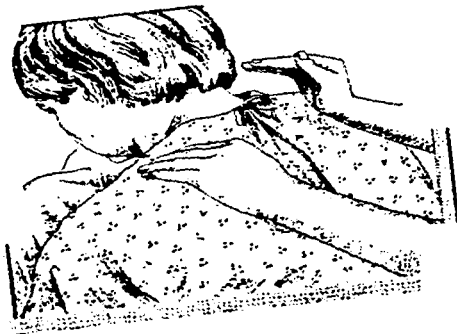
Indican el movimiento de aire alrededor del moco en los bronquios.

Debemos de darle tiempo a que se recupere ya que este procedimiento es agotador.²⁰

²⁰ Perry Anne Op. Cit. p. 468.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Palmopercusión (Schniedman).



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6.8.2 DRENAJE POSTURAL.

En condiciones normales, existen diversos factores que favorecen la eliminación normal de las secreciones traqueobronquiales: funcionamiento normal del sistema mucociliar, hidratación sistémica adecuada, ausencia de enfermedades o infecciones respiratorias, reflejo tusígeno normal, capacidad para la respiración profunda normal y realización de ejercicios moderado y de las actividades de la vida diaria. La pérdida o alteración de uno o más de estos factores puede interferir en la eliminación normal de las secreciones traqueobronquiales.

En el pulmón normal, el sistema de transporte mucociliar es capaz de mantener la vía respiratoria libre del exceso de moco y de partículas inhaladas. Este sistema recubre la luz interna de todo el árbol traqueobronquial y está formado por una delgada capa de moco, que es impulsada constantemente hacia la laringe por células que poseen prolongaciones en forma de pelos, denominadas cilios, las partículas inhaladas son atrapadas por el moco y los cilios actúan como una cinta transportadora, que desplaza el moco hacia la garganta, donde puede ser deglutido o eliminado por la tos, de esta forma, las vías respiratorias permanecen limpias y el moco se elimina constantemente, tan rápido como es posible, el moco normal continúa siendo fluido, blanquecino y acuoso.

En algunas enfermedades, la eliminación de moco es lenta o excesiva producción de grandes cantidades de moco superior a la capacidad de los cilios. El pulmón no puede eliminar el moco con la misma rapidez con la que lo produce, las secreciones se acumulan en las vías respiratorias, cambian de color y se vuelven espesas y pegajosas. Los cilios no son capaces de eliminar grandes cantidades de moco espeso de los pulmones. Por lo tanto, es muy importante utilizar la hidratación sistémica y otras maniobras que ayuden a eliminar las secreciones respiratorias tan pronto como se producen, estas modalidades terapéuticas previenen la acumulación de moco y permiten que las secreciones recuperen su aspecto blanquecino, su grosor y su consistencia acuosa normal.

CONCEPTO:

Consiste en la eliminación por gravedad de las secreciones de determinados segmentos bronquiales de las vías respiratorias, utilizando una o más de las 10 posiciones corporales que existen.

OBJETIVO:

Ayudar a eliminar y/o movilizar las secreciones del tracto bronquial.
Prevenir la acumulación de secreciones en paciente de alto riesgo.
Prevenir infección en las vías respiratorias.

PRINCIPIOS:

Los ejercicios suelen practicarse 2 a 4 veces al día antes de las comidas y al acostarse. El procedimiento se interrumpe si hay taquicardia, palpitaciones, disnea, dolor torácico u otros síntomas que indiquen hipoxemia.

MATERIAL Y EQUIPO:

Cama con posibilidad de adaptar la posición de trendelenburg.
Estetoscopio.
Almohadas.
Sistema de sujeción

TÉCNICA / PROCEDIMIENTO:

Actividades.	Fundamentación.
Lávese las manos.	Reduce la transmisión de microorganismos.
Seleccione las áreas congestivas que hay que drenar según la valoración de todos los campos pulmonares.	Para ser eficaz, el tratamiento debe individualizarse, para tratar las áreas afectadas específicas.
Explicar el procedimiento al paciente, proporcionar privacidad.	Con estas acciones favorecemos la cooperación del paciente.
Colocar al paciente en forma adecuada, en enfermedad generalizada, el drenaje habitualmente se inicia en los lóbulos superiores continúan los medios y terminan con los superiores, en enfermedad localizada, el drenaje se comienza en los lóbulos afectados y luego prosigue en los otros lóbulos.	Todo esto para no propagar la enfermedad a regiones no afectadas.
Recomendación: no debe percutirse encima de la columna vertebral, hígado, riñones o bazo.	Por gravedad las secreciones se desplazan y al efectuar la percusión despega secreciones más espesas.
Pedir al paciente que permanezca en cada posición durante 10 a 15 minutos en este tiempo, efectuar percusión, según se indique.	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Recomendación: no efectuar drenaje postural justo antes o en un lapso de una hora y media después de las comidas.

Después de drenaje postural y percusión indicar al paciente que tosa.

Solicitarle al paciente que inhale profundamente a través de la nariz y luego espire en tres breves sopidos, enseguida, indicarle que inhale profundamente otra vez y tosa a través de la boca abierta de manera ligera, haga 3 intentos consecutivos de toser resultan sumamente eficaces.

Recomendar que lleve a cabo ejercicios durante un minuto y luego descanse 2, gradualmente avanzar hasta un periodo de ejercicios de 10 minutos cuatro veces al día.

Recomendación: mantener hidratación adecuada en el paciente sometido a fisioterapia respiratoria.

Anotar en las hojas de enfermería las características de las secreciones.

Auscultar los pulmones del paciente.

Lávese las manos.

Para expulsar las secreciones desprendidas.

Una tos eficiente suena profunda, grave y hueca, una tos ineficiente es aguda.

Un tiempo más prolongado agotaría considerablemente al paciente.

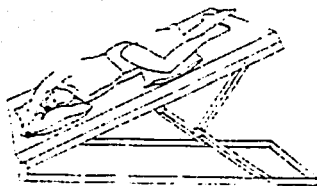
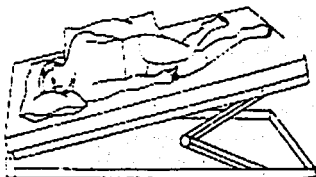
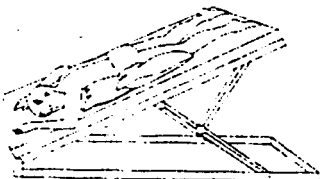
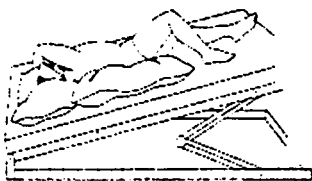
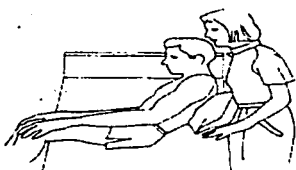
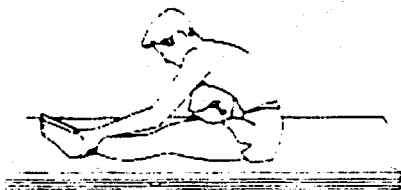
Por lo general las secreciones son pastosas con sabor desagradable u olor fétido.

Para evaluar la eficacia del tratamiento.²¹

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

²¹ Lewis Judith Op. Cit. p. 370.

Drenaje postural (Schniedman).



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PRINCIPALES PUNTOS A PERCUTIR SEGÚN LÓBULOS Y SEGMENTOS.

LÓBULOS INFERIORES: (Segmentos posteriores basales)

Elevar la piecera en la cama a un ángulo de 30 grados, indicar al paciente que se mantenga en posición decúbito prono con la cabeza baja, colocar una almohada debajo de su tórax y abdomen, percutir sus costillas inferiores en ambos lados de la columna.

LÓBULOS INFERIORES (segmentos basales laterales)

Elevar 30 grados la piecera de la cama, indicar al paciente que descansa sobre su abdomen con la cabeza baja y la parte superior de las piernas flexionadas sobre una almohada para apoyarlas. Percutir sus costillas inferiores en la porción más alta de la pared lateral torácica.

LÓBULOS INFERIORES (segmentos basales anteriores)

Elevar la piecera 30 grados, indicar al paciente que permanezca acostado sobre uno de sus lados con la cabeza baja, colocar almohadas en cabeza y en medio de las piernas, percutir con la mano a las costillas inferiores justo debajo de la axila.

LÓBULOS SUPERIORES (segmentos superiores)

Con la cama en posición horizontal, mantener al paciente acostado sobre su abdomen, colocar dos almohadas bajo sus caderas, percutir en ambos lados de la columna en el extremo anterior de la escápula.

LÓBULOS MEDIOS (segmentos medial y lateral)

Elevar la piecera 15 grados, indicar al paciente que permanezca acostado sobre su lado izquierdo con la cabeza baja y las rodillas flexionadas, colocar una almohada debajo de él, percutir sobre el pezón derecho, si es paciente del sexo femenino empuñar la mano de modo que el talón de la misma quede bajo la axila y los dedos extendidos hacia delante, debajo del seno.

LÓBULO SUPERIOR IZQUIERDO (segmento superior e inferior porción lingular)

Elevar la cama 15 grados indicar al paciente que permanezca acostado sobre su lado derecho con la cabeza hacia abajo y las rodillas flexionadas colocar una almohada detrás de él desde los hombros hasta las caderas, percutir con la mano ligeramente empuñada sobre el pezón izquierdo en caso de paciente femenino, empuñar la mano de modo que el talón de la misma quede bajo la axila y los dedos extendidos adelante debajo del seno.

LÓBULO SUPERIOR (segmentos anteriores)

La cama en posición horizontal. Indicar al paciente que permanezca acostado sobre su espalda con una almohada doblada bajo su rodilla percutir entre la clavícula y el pezón.

LÓBULOS SUPERIOR (segmentos apicales)

Conservar la cama en posición horizontal, pedir al paciente que se incline 30 grados hacia atrás contra el cuerpo del operador y una almohada, percutir entre las clavículas y la parte superior de cada escápula.

LÓBULOS SUPERIORES (segmentos posteriores).

La cama en posición horizontal, indicar al paciente que incline 30 grados hacia delante sobre una almohada, percutir sobre la parte superior de su espalda en cada lado.²²

²² Ibidem p. 371.

6.8.3 ASPIRACIÓN DE SECRECIONES OROTRAQUEALES.

CONCEPTO:

Es la aspiración de secreciones por medio de un catéter de caucho o polietileno conectado a una fuente de aspiración.

OBJETIVO:

Mantener las vías respiratorias permeables para facilitar el intercambio de gases.
Obtener secreciones para estudios diagnósticos.
Estimular la tos y la respiración profunda.

PRINCIPIO:

La acumulación de secreciones en las vías respiratorias obstruyen el paso de aire y evitan la expansión pulmonar.

MATERIAL Y EQUIPO:

Catéter desechable para aspiración y de punta curva.
Toalla estéril.
Guantes estériles y desechables.
Agua estéril.
Jalea anestésica y lubricante hidrosoluble.
Aparato de aspiración.
Bolsa de reanimación con máscara: conectar a una fuente de oxígeno al 100% con un flujo de 10 litros por minuto.

TÉCNICA / PROCEDIMIENTO:

Actividades.	Fundamentación.
<p>Una los tubos conectores al sistema de aspiración portátil o de pared.</p> <p>Informar e instruir al paciente sobre el procedimiento.</p> <p>Conecte la sonda de aspiración al tubo en Y, y éste a su vez al tubo conector del sistema de aspiración.</p>	<p>La explicación concienzuda reduce la ansiedad del paciente y fomenta su cooperación.</p> <p>El tubo en Y permite para la aspiración durante el proceso sin necesidad de tener que pinzar el tubo conector.</p>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

<p>Abra el aspirador y regule el flujo de presión del manómetro.</p>	<p>Una excesiva presión puede provocar lesiones en la mucosa.</p>
<p>Compruebe el funcionamiento de todo el sistema ocluyendo el orificio que queda libre del tubo en Y.</p>	
<p>Coloque la toalla o los pañuelos de papel sobre el tórax del paciente.</p>	<p>Evita que se manche la ropa con la expectoración.</p>
<p>Abra el agua destilada para la limpieza de la sonda tras la aspiración.</p>	<p>Después de cada aspiración se debe limpiar tanto la sonda como el tubo conector aspirando agua.</p>
<p>Retire el envoltorio protector de la sonda de aspiración y manipule la misma con las pinzas estériles.</p>	<p>Evita que se contamine la zona traqueobronquial. Si lo prefiere, puede sustituir las pinzas por guantes estériles.</p>
<p>Sujete la sonda con la mano dominante y con la otra el tubo conector.</p>	
<p>Lubrique la punta de la sonda con agua estéril.</p>	<p>Facilita su inserción y disminuye la fricción en la mucosa.</p>
<p>Indique al paciente que saque la lengua. Si no pudiera, utilice para ello un depresor, tubo orofaríngeo o boquilla.</p>	<p>Al no haber obstáculos, se facilita la entrada de la sonda.</p>
<p>Indique al paciente que inspire al tiempo que introduce la sonda de aspiración por la boca, deslizándola por el lateral de la glotis.</p>	<p>Facilita su inserción en la tráquea. Evita la estimulación del reflejo nauseoso.</p>
<p>Mantenga cerrada la aspiración mientras introduce la sonda en la tráquea.</p>	<p>Evita que se lesione la membrana de la mucosa.</p>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

<p>Ocluya el orificio de succión y aspire de forma intermitente durante 10-15 segundos, con movimientos rotatorios suaves, a la vez que va retirando la sonda.</p>	<p>Previene lesiones en la mucosa por aspiración prolongada. Los movimientos rotatorios aseguran que se alcanza toda la superficie que hay que aspirar.</p>
<p>Deseche la sonda de aspiración en la bolsa de plástico para desechos.</p>	<p>En cada aspiración debe utilizarse una sonda nueva para prevenir la infección.</p>
<p>Limpie el tubo conector aspirando agua destilada.</p>	<p>Elimina las secreciones del tubo colector.</p>
<p>Indique al paciente que tosa y respire profundamente entre cada aspiración (si es capaz).</p>	<p>Ayuda a desprender las secreciones hacia las vías respiratorias altas. Ante una tos y expectoración productiva, hay que suspender.</p>
<p>Repita los mismos pasos, si precisa aspirar más veces.</p>	<p>Elimina las secreciones acumuladas en esta zona. Mantiene la asepsia.²³</p>
<p>Finalice el procedimiento aspirando la zona orofaríngea. Si es necesario, aplique una solución antiséptica en la boca.</p>	
<p>Deje al paciente cómodo y proporciónale al máximo bienestar.</p>	

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

²³ Esteve Julia. Enfermería: técnicas clínicas. Ed. McGraw-Hill. Madrid. 2000. p. 387.

6.1.6 ASPIRACIÓN DE SECRECIONES POR TRAQUEOSTOMIA.

CONCEPTO:

Aspiración de las secreciones producidas en el orificio artificial situado en la parte anterior del cuello mediante un catéter estéril conectado a una fuente de aspiración.

OBJETIVO:

Aliviar los temores y la angustia del paciente y de la familia en relación a la alteración de la vía respiratoria normal y pérdida de la capacidad de hablar.
Mantener permeables las vías respiratorias para facilitar el intercambio gaseoso.
Dar apoyo físico y emocional al paciente.

PRINCIPIO:

Facilita el intercambio de gases, ya que la acumulación de secreciones obstruye las vías respiratorias y por lo tanto no hay una buena función respiratoria.

MATERIAL Y EQUIPO:

Aspirador.
Catéter de aspiración 10 a 14 F (generalmente sonda nelaton para disminuir traumatismos al paciente) y tubo flexible.
Recipiente estéril con agua estéril.
Guantes estériles.
Gasas estériles.
Adaptador para aspirador.

TÉCNICA / PROCEDIMIENTO:

Actividades.	Fundamentación.
Prepare al paciente, explicándole el procedimiento.	
Lavarse las manos, abrir la envoltura del catéter.	Los microorganismos patógenos pueden crecer y multiplicarse en un ambiente húmedo y tibio y se transmiten por contacto directo.
Si no está contraindicado por razones de salud, colóquelo en posición semifowler para favorecer la respiración profunda, la expansión máxima pulmonar y la tos	La respiración profunda oxigena los pulmones, contrarresta los efectos hipóxicos de la aspiración y puede inducir la tos. La tos ayuda a

TESIS COM
FALLA DE ORIGEN

<p>productiva.</p> <p>Humedezca el extremo del catéter en el recipiente con agua estéril.</p> <p>Introducir el catéter a través de la cánula de la traqueostomía, con el aparato aspirador apagado, para dirigir el catéter al interior del bronquio derecho o del bronquio izquierdo, gire la cabeza del paciente al lado opuesto del bronquio que se quiera alcanzar.</p> <p>Cuando el catéter ha sido introducido hasta la profundidad deseada, cierre la válvula de escape del tubo para crear aspiración a través del catéter, retire el catéter lentamente siguiendo un movimiento de rotación.</p> <p>No continuar la aspiración por periodos mayores de 15 segundos, detenga la aspiración y permítale respirar al paciente; permita periodos de reposo de tres minutos después de cada introducción del catéter para que el paciente no tenga deterioro en la respiración.</p> <p>Coloque al paciente en posición adecuada para facilitar la ventilación pulmonar. Cambie el aparato de aspiración y descarte el catéter en una bolsa para basura. El equipo de aspiración debe quedar listo para usarse inmediatamente en caso de aspiración de urgencia.</p> <p>Mantener limpia y seca la región circundante a la traqueostomía.</p>	<p>desprender y desplazar las secreciones.</p> <p>El agua reduce la fricción que produce al introducir la sonda en la tráquea.</p> <p>El catéter es guiado por la propia estructura anatómica de los bronquios, el sistema de aspiración debe estar apagado durante la introducción del catéter para disminuir el traumatismo a la mucosa que reviste al árbol traqueobronquial.</p> <p>Los cambios de presión en el interior del catéter movilizan las secreciones desde las regiones de mayor presión hacia las de menor presión, la rotación del catéter evita aspiración excesiva sobre una sola región, que podría ocasionar daño al tejido.</p> <p>El paso de aire se interrumpe durante la aspiración, y se intensifica la hipoxia si ésta se prolonga demasiado.</p> <p>Para evitar el desarrollo de bacterias y facilitar la comodidad del paciente.²⁴</p>
---	--

²⁴ Perry Anne. Op. Cit. p. 481.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Aspiración de secreciones por traqueostomía (King).



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6.9 CIRCULACIÓN.

6.9.1 APLICACIÓN DE VENDAJES.

CONCEPTO:

Es la aplicación de una banda continua de material tejido a alguna parte del cuerpo.

OBJETIVO:

Facilitar la comodidad física.

Mantener el alineamiento corporal.

Asegurarse que el vendaje cumpla con el propósito previsto.

Favorecer la circulación.

Apoyar las paredes vasculares.

PRINCIPIO:

Ayuda a el retorno de la circulación venosa de las extremidades al corazón.

MATERIAL Y EQUIPO:

Las vendas especificadas.

Medicamentos, material de curación, equipo necesario.

Cinta.

Alfileres o grapas. (para algunos tipos de vendaje).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TÉCNICA / PROCEDIMIENTO:

Actividades.	Fundamentación.
Coloque la parte del cuerpo que va a ser vendada en una posición de función normal.	Al darle posición al cuerpo se ayuda a evitar deformidades y molestias. Facilita la circulación en la porción vendada y las zonas adyacentes.
Aplice almohadillas apropiadas para separar partes adyacentes de la piel y proteger prominencias óseas.	La fricción y la presión pueden causar traumatismo mecánico a la piel.
Aplice los vendajes desde las partes distales a las proximales.	La aplicación del vendaje hacia la línea media del cuerpo estimula el flujo

Al aplicar el vendaje asegúrese de una distribución uniforme de la presión. Fijar el extremo de la venda ayuda a mantener una presión uniforme a todo lo largo de la venda. Fíjelo con cintas o grapas.

Cuando sea posible deje una pequeña zona descubierta al final de la extremidad vendada como los dedos. Esto no puede hacerse cuando la zona afectada es la distal, como el muñón de una parte amputada.

Modelos básicos de vendaje:

Circular: cada vuelta de la venda sobrepasa ligeramente la vuelta precedente; así se forma un vendaje del ancho de la venda misma.

Espiral: cada vuelta de la venda cubre ligeramente la vuelta precedente para crear una progresión proximal en la extremidad.

Espiral invertida: la venda es fijada por medio de varias vueltas de espiral; luego, con cada vuelta, la porción de la venda recién aplicada se voltea hacia abajo.

Vendaje en 8: el vendaje con figura en 8 se utiliza para articulaciones. Se fija bajo la articulación por medio de varias vueltas en espiral. Luego se hace una vuelta por

venoso de retorno al corazón.

La presión irregular puede obstaculizar la circulación sanguínea y la nutrición celular y retardar la curación. La fijación adecuada evita que el vendaje se desplace cuando el enfermo se mueva y se impide la fricción que puede provocar erosiones y excoriaciones de la piel.

Es deseable la observación directa de una extremidad afectada para verificar la normalidad en la circulación.

El vendaje circular se utiliza principalmente para fijar en su sitio un vendaje donde se inicia y termina.

El vendaje en espiral es útil para partes cilíndricas del cuerpo, como el dedo, muñeca o tronco.

El vendaje invertido en espiral se utiliza para vendar una porción corporal de forma cónica, como el muslo, brazo o antebrazo.

El vendaje con figura en 8 se usa para un ajuste ceñido y por tanto se emplea para inmovilización alrededor de las articulaciones, como la rodilla, codo,

<p>arriba de la articulación y posteriormente por arriba y abajo en forma alterna para cubrir toda la articulación.</p> <p>En espiga: es lo mismo que el vendaje con figura en 8, excepto que por lo general cubre un área mucho mayor, como la cadera.</p> <p>Recurrente: el vendaje se fija primero por medio de dos vueltas circulares. Se hace pasar luego el rollo de la venda en dirección perpendicular a las vueltas circulares, de la parte posterior a la frontal y de ésta a la posterior, sobreponiendo cada vuelta hasta que toda la zona quede cubierta. Se asegura por medio de dos vueltas circulares sobre las vueltas iniciales.</p>	<p>tobillo y muñeca.</p> <p>El vendaje en espiga es particularmente útil para el pulgar, mama, hombro, ingle y cadera.</p> <p>El vendaje recurrente se utiliza para fijar un apósito sobre la cabeza, un muñón o un dedo.²⁵</p>
--	---

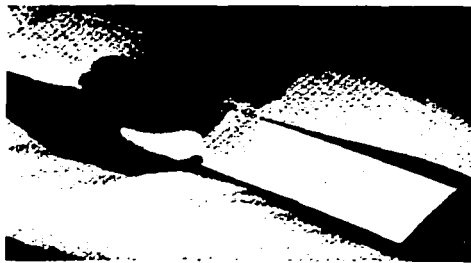
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

²⁵ King Eunice. Op. Cit. p. 170.

Aplicación de vendajes (King).



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



(continuación).



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6.9.2 MEDICIÓN DE LA PRESIÓN VENOSA CENTRAL (PVC).

CONCEPTO:

Es la medición en centímetros de agua, de la presión en vena cava o aurícula derecha, por medio de una columna de agua.

OBJETIVO:

Conocer los parámetros sobre el volumen circulante.
Estimar los déficit del volumen de sangre.
Calcular la presión en la aurícula derecha y venas centrales.
Evaluar si hay insuficiencia cardiaca.

INDICACIÓN:

Alteración actual o potencial de la función cardio-pulmonar.
Hipovolemia o hipervolemia.

MATERIAL Y EQUIPO:

Solución fisiológica.
Equipo desechable para presión venosa.
Llave de tres vías.
Tripie.
Manómetro.
Reglilla.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TÉCNICA / PROCEDIMIENTO:

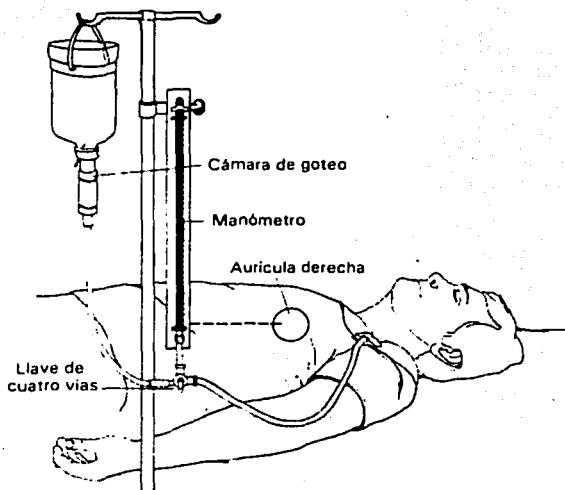
Actividades.	Fundamentación.
Tener en cuenta que para poder medir la PVC es necesario realizar la instalación del catéter central.	
Explicar el procedimiento al paciente.	Para mitigar sus temores y promover su cooperación.
Colocar al paciente en la posición decúbito dorsal y comprobar el punto cero. Recomendación: si no se puede colocar al paciente en la posición	El punto cero o basal para el manómetro debe encontrarse a la altura de la aurícula derecha del paciente, la parte media de esta cavidad se encuentra en la línea axilar

<p>decúbito dorsal, bájelo lo más que se pueda. Señale la posición exacta en el plan de cuidados, para que la lectura sea similar.</p>	<p>en el cuarto espacio intercostal.</p>
<p>Girar la llave de tal forma que la solución I.V. llegue al manómetro y lo llene hasta 20 a 25 cm, enseguida se gira para que la solución del manómetro fluya al paciente.</p>	<p>Debe cerciorarse que todas las vías que van al paciente se mantengan cerradas de lo contrario obtendremos lecturas erróneas. La línea debe estar permeable y sin coágulos.</p>
<p>Observar la caída de la columna de liquido en el manómetro, señalar el nivel al que se estabiliza la solución o deja de moverse hacia abajo, este es el punto de la PVC.</p>	<p>La lectura de la PVC está indicada por la altura de la columna de liquido en el manómetro, cuando hay una comunicación abierta entre la sonda y el manómetro. El liquido del manómetro variará ligeramente con las respiraciones del paciente, ello confirma que la línea de PVC no esta obstruida por sangre coagulada.</p>
<p>La PVC puede variar de 5 a 12 cm de agua.</p>	<p>Los cambios en la PVC son una indicación muy útil de lo adecuado del volumen sanguíneo venoso y las alteraciones de la función cardiovascular, el tratamiento del paciente no se basa en una lectura; si no en mediciones repetidas y en correlación con su estado clínico.</p>
<p>Valorar el estado clínico del paciente, los cambios frecuentes en las lecturas servirán como guía para descubrir si el corazón puede manejar la carga de liquido o hay hipovolemia.</p>	<p>La PVC se interpreta considerando el cuadro clínico del paciente, la diuresis por hora, la frecuencia cardiaca, la presión arterial. Una PVC cercana a cero indica que el paciente esta en hipovolemia. Una PVC arriba de 15 a 20 cm de agua puede deberse a hipervolemia o mala contractilidad cardiaco.</p>
<p>Girar la llave nuevamente para que la solución I.V. fluya del frasco a las venas del paciente.</p>	<p>Para reducir al minimo el riesgo de hemorragia o de embolia gaseosa.²⁶</p>

²⁶ Brunner Lillian. Manual de la enfermera. Editorial Interamericana McGraw-Hill. México. 4a ed. 1991. p. 322.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Toma de Presión Venosa Central PVC (Schniedman).



TEMA CON
FALLA DE ORIGEN

6.9.3 INSTALACIÓN DE UN CATETER CENTRAL.

Los catéteres centrales de inserción periférica (CCIP) son una vía de acceso alternativa en pacientes que requieren una vía venosa de duración intermedia (entre 7 días y 3 meses). En comparación con los catéteres venosos centrales, los CCIP presentan un menor riesgo de neumotórax, hemotórax o embolismo aéreo, y su relación coste-efectividad es menor. En comparación con los catéteres IV periféricos, los CCIP pueden mantenerse colocados durante más tiempo (más de 48 –72 horas). De hecho, los CCIP pueden mantenerse colocados hasta que aparezcan los signos de complicaciones (infiltración, migración, infección, etc.). Asimismo, se asocian con un menor riesgo de infiltración y flebitis, ya que los líquidos y las medicaciones IV se diluyen en un volumen sanguíneo mayor presente en las venas de mayor tamaño (vena cava superior o subclavia), que es donde se sitúa el extremo del catéter. Para colocar correctamente el catéter, el paciente debe poseer una vena cefálica o basilica palpable en la fosa antecubital. Además de la flebitis, el uso de un CCIP se asocia con otras complicaciones, como coagulación y pérdidas o rotura del catéter.

Para la inserción de un CCIP puede utilizarse una guía metálica, que hace que el catéter sea más rígido y se introduzca con mayor facilidad, el catéter está compuesto por materiales blandos, que sólo producen una mínima irritación de la vena. Los CCIP pueden utilizarse para infundir líquidos IV, nutrición parenteral, sangre, hemoderivados, y medicamentos como antibióticos.

CONCEPTO:

Es la introducción de un catéter de polietileno o sylastic, en la vena cava superior o en la aurícula derecha, por medio de la punción venosa a través de la vena basilica, cefálica, subclavia o yugular interna.

OBJETIVO:

Prevenir la infección por medio de atención minuciosa al cambio de apósito y uso de técnica estéril.

MATERIAL Y EQUIPO:

Catéter central.
Solución antiséptica.
Solución estéril.
Gasas.
Campo hendido.

Bata estéril.
 Guantes estériles.
 Jeringas.
 Parches de material adherente.
 Ligadura

TÉCNICA / PROCEDIMIENTO:

Actividades.	Fundamentación.
<p>Lávese las manos.</p> <p>Identifique una vena apropiada en la fosa antecubital mediante la colocación de un torniquete alrededor de la parte superior del brazo derecho, próximo a la axila y examine las venas en la fosa antecubital, libere el torniquete y manténgalo colocado debajo del brazo.</p> <p>Colocar el campo hendido encima del brazo.</p> <p>Coloque al paciente en decúbito supino con el brazo situado en un ángulo de 45 a 90 grados con el tronco del paciente.</p> <p>Mida la distancia desde la zona de inserción hasta la situación deseada de la punta del catéter, utilizando un esparadrapo no estéril, para situar la punta en la subclavia, mida la distancia desde la zona de inserción prevista, por encima del brazo, hasta el hombro y a través de la línea clavicular media, para situar la punta del catéter en la vena cava superior, continúe hacia el manubrio del esternón y descienda hasta el tercer espacio intercostal a la derecha del esternón.</p> <p>Luego que la enfermera esté provista de anteojos protectores, guantes estériles, abrir los paquetes, realizar asepsia en el sitio de instalación.</p>	<p>Disminuye la transmisión de microorganismos.</p> <p>Puede utilizarse tanto la vena basilica como la cefálica; la liberación del torniquete evita la congestión venosa.</p> <p>Para crear un campo estéril y no ensuciar la región con sangre.</p> <p>Esta posición proporciona un camino recto para avanzar el catéter a lo largo de las venas del tórax.</p> <p>La posición deseada del catéter puede estar indicadz en las órdenes médicas, estas indicaciones anatómicas corresponden a las estructuras que se encuentran por debajo.</p> <p>Un correcto seguimiento de los pasos se evita la contaminación del sitio a puncionar.</p>

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Abrir el paquete de jeringas, manteniendo la técnica estéril y tomar lidocaina al 1 %.

Frote vigorosamente la zona de inserción utilizando tres gasas con isodine espuma, el brazo debería limpiarse mediante un movimiento circular con la gasa con isodine, desde el centro del antebrazo hasta la parte superior del antebrazo comenzando por la zona de venopunción y limpiando desde el centro hacia los bordes externos, la zona limpia debería ser un área circular concéntrica de, aproximadamente, 15 cm, desde la zona de venopunción, dejar secar completamente el isodine.

Observe el retorno rápido de la sangre a través de la aguja introductora.

Compruebe que el retorno sanguíneo es venoso y no arterial (la sangre arterial es pulsátil y de color rojo brillante).

Coloque la aguja introductora paralela a la piel y, posteriormente, avance (0.5 a 1 cm) hacia la vena.

Inserte el catéter a través de la aguja introductora y avance lentamente de 5 a 7.5 cm, si se utiliza una guía metálica, procure que esta permanezca dentro de la luz del CCIP durante su inserción, asimismo, vigile que el catéter permanezca en el campo estéril durante la inserción.

Libere el torniquete, mientras se estabiliza el catéter.

Según el protocolo hospitalario será responsabilidad de la enfermera la aplicación o no de un anestésico local.

El isodine es un antiséptico tópico que disminuye las bacterias de la superficie cutánea, el movimiento circular moviliza las bacterias de la piel lejos de la zona de inserción, utilizar diferentes gasas evita la reintroducción de bacterias a la zona de venopunción, el isodine debe secarse para que su capacidad de reducir el recuento microbiano sea eficaz.

El ángulo de inserción disminuye el riesgo de puncionar la pared posterior de la vena, la aguja introductora es de gran calibre.

La vena braquial está próxima a la arteria braquial, por lo que puede canularse la arteria de forma inadvertida.

Asegura que la vena está canulada de forma segura.

Un avance lento evita traumatismos de la íntima de la vena, la guía metálica proporciona una mayor rigidez al catéter y facilita su inserción.

Facilita un avance posterior del catéter, evita la contaminación del guante.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

<p>Avance el catéter otros 15 cm hasta que la punta del catéter se sitúe a la altura del hombro, el catéter está marcado a intervalos de 10 cm para facilitar la identificación de la localización de la punta.</p>	<p>Debe cambiarse de posición al cliente para facilitar la entrada en la vena subclavia.</p>
<p>Solicite al paciente que gire la cabeza hacia el lado de la vía venosa, con el mentón tocando el pecho.</p>	<p>Esta posición bloquea la vena yugular interna, lo que evita su canulación accidental.</p>
<p>Continúe avanzando lentamente el catéter hasta alcanzar la longitud predeterminada.</p>	<p>Contribuye a situar adecuadamente la punta del catéter.</p>
<p>Retire completamente la aguja introductora, pueden utilizarse unas pinzas para mantener la posición del catéter o aplicar una ligera presión por encima de la zona de punción, mientras se retira la aguja introductora.</p>	<p>La aguja introductora se retira para evitar una punción accidental de la vena, contribuye a asegurar que el catéter no se retirará con el introductor, cualquier presión sobre el extremo terminal del introductor puede provocar que esté seccionado el catéter.</p>
<p>Una vez retirada la aguja introductora, apriete las dos aletas hasta que se rompan con un chasquido; acto seguido desprendá la aguja alrededor del catéter.</p>	<p>La aguja se retira para que el catéter no pueda puncionarse inadvertidamente.</p>
<p>Retire la guía metálica mediante un movimiento de rotación.</p>	<p>Permite utilizar la luz, evita la lesión del catéter y de la vena.</p>
<p>Conecte una jeringa de 3 ml de suero fisiológico en la luz por la que se ha introducido la guía metálica; aspire para obtener sangre e irrigue el catéter.</p>	<p>Comprueba la permeabilidad del catéter distal de la luz y evita la obstrucción por coágulos.</p>
<p>Retire la jeringa y conecte la conexión o solución indicada.</p>	<p>Evita la pérdida de sangre y mantiene el sistema cerrado.</p>
<p>En algunos centros hospitalarios se recomienda suturar el CCIP a la piel.</p>	<p>Contribuye a mantener la posición del catéter durante un uso prolongado.</p>
<p>Fijar transitoriamente con tela adhesiva el tubo IV al brazo del paciente.</p>	<p>Para mantenerlo en su sitio mientras se aplica las suturas.</p>
<p>Coloque una gasa de 5x5 sobre la zona</p>	<p>Ejerce presión sobre la zona de</p>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de punción y cúbrala con un vendaje transparente.

Deseche el equipo de forma adecuada, lávese las manos.

Cerciorarse que se indique una radiografía torácica.

Registre la fecha, la hora de colocación del CCIP, vena de acceso.

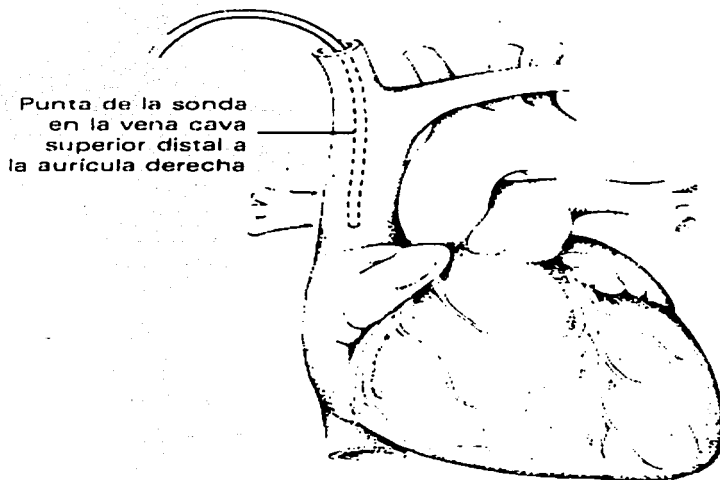
inserción.

Disminuye la transmisión de microorganismos.

Para verificar instalación correcta de catéter venoso central antes de iniciar la infusión del tratamiento.

Proporciona un acceso inmediato para saber cuándo debe cambiarse la próxima sustitución del vendaje.²⁷

Catéter central (Lewis Judith).



²⁷ Perry Anne. Op. Cit. p. 694.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

6.10 NUTRICIÓN.

6.10.1 INSTALACIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA (SNG).

Las sondas nasogástricas de gran calibre están contraindicadas cuando se utilizan fundamentalmente para nutrición enteral, ya que conllevan un mayor riesgo de aspiración y son más irritantes para las mucosas nasofaríngeas y esofágica, en algunos casos, las sondas gastrointestinales de gran calibre colocadas para descompresión gástrica podrán utilizarse para iniciar la alimentación enteral.

La colocación de una sonda nasogástrica requiere una orden médica, en necesaria la situación de la sonda radiológicamente, para determinar que ésta se encuentra en el estómago o en el intestino y no en las vías aéreas, las complicaciones que provoca una instalación de sonda nasogástrica prolongada puede incluir, erosión nasal, sinusitis, esofagitis, ulceración gástrica y aspiración pulmonar.

CONCEPTO:

Es la introducción de una sonda en el estómago con objetivos terapéuticos o diagnósticos.

OBJETIVO:

Eliminar líquido y gas del aparato gastrointestinal (descompresión)

Prevenir o aliviar las náuseas y los vómitos.

Tratar pacientes con obstrucción mecánica y hemorragia en la parte alta del aparato gastrointestinal.

Satisfacer los requerimientos nutricionales cuando no es posible la alimentación por vía bucal.

MATERIAL Y EQUIPO:

Sonda nasogastrica (habitualmente número 14, 16 o 18).

Guantes estériles.

Lubricante.

Estetoscopio.

Jeringa.

Aspirador.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TÉCNICA / PROCEDIMIENTO:

Actividades.	Fundamentación.
Explicar el procedimiento al paciente.	Para reducir su angustia y promover su cooperación.

<p>Infórmale que puede experimentar cierto malestar nasal, presentar náusea y lagrimeo.</p>	<p>Recalcar que la deglución facilita el avance de la sonda.</p>
<p>Colocar un campo sobre el tórax del paciente.</p>	<p>Para proteger de escurrimiento la bata y la ropa de cama.</p>
<p>Para determinar la longitud necesaria de la sonda para alcanzar el estómago, sostener el extremo de la sonda al nivel de la punta de la nariz del paciente, extender la sonda hacia el lóbulo de la oreja del paciente y luego descenderla al apéndice xifoides.</p>	<p>El objetivo es colocar la sonda en el estómago, pero no en el esófago o intestino delgado.</p>
<p>Marcar esta distancia con cinta adhesiva.</p>	<p>En un adulto promedio oscilan entre 56 a 66 cm.</p>
<p>Determinar en cual orificio nasal será más fácil introducir la sonda.</p>	<p>Evaluar el flujo de aire en ambos orificios nasales, elegir el orificio nasal con mejor flujo de aire.</p>
<p>Lubricar el extremo - los primeros 8 cm - de la sonda.</p>	<p>Para disminuir la lesión al conducto nasal.</p>
<p>Coger la sonda con el extremo apuntando hacia abajo, encorvarlo si es necesario e introducirlo en el orificio nasal más permeable.</p>	<p>Con este movimiento favorece su introducción.</p>
<p>Dirigir la sonda hacia abajo en dirección de la oreja más próxima al orificio nasal elegido, avanzar lentamente.</p>	<p>Para no ejercer presión sobre los cornetes y evitar el dolor y hemorragia resultantes.</p>
<p>Cuando la sonda alcanza la nasofaringe se percibe una resistencia, indicar al paciente que descienda un poco la cabeza.</p>	<p>Para cerrar la tráquea y abrir el esófago.</p>
<p>Enseguida, girar la sonda 180 grados hacia el orificio nasal opuesto.</p>	<p>Para reorientar de modo que no pueda entrar a la boca del paciente.</p>
<p>Instruirlo para que aspire y degluta conforme la sonda avanza lentamente.</p>	<p>Esto ayuda a pasar la sonda hacia el esófago.</p>
<p>Observar signos de sufrimiento</p>	<p>Los cuales señalan que la sonda está</p>

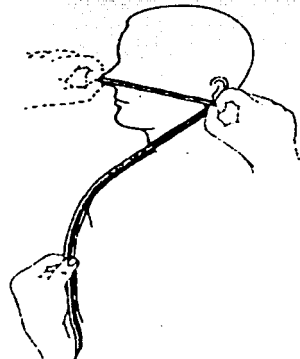
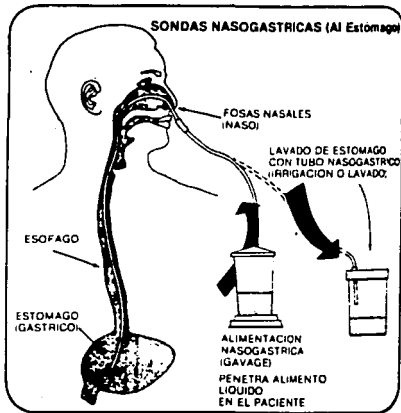
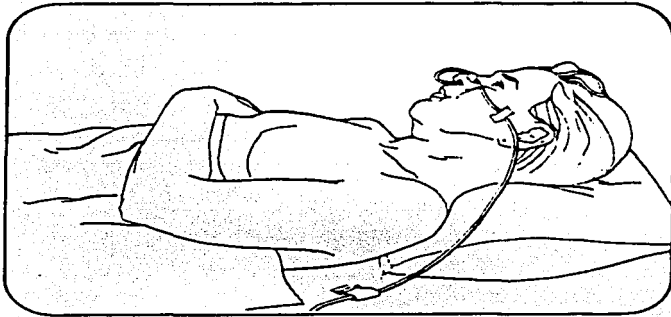
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

<p>respiratorio.</p> <p>VERIFICACIÓN DE LA COLOCACIÓN DE LA SONDA: Una vez colocada la sonda, aspirar el contenido gástrico.</p> <p>Pida al paciente que hable.</p> <p>Llene la jeringa adaptable a la sonda con 10-20 ml de aire y conéctela al final de la sonda, mientras inyecta el aire rápidamente en su interior, ausculte la zona situada sobre el cuadrante superior izquierdo del abdomen.</p> <p>ANCLAJE DE LA SONDA: Pegue la sonda a la nariz con un esparadrapo.</p> <p>Antes de adherir la sonda a la nariz, aplique una pequeña cantidad de tintura de benzoina en el extremo inferior de la nariz y deje que seque (opcional).</p> <p>Envuelva cuidadosamente los dos extremos divididos alrededor de la sonda, esto asegura que la sonda no se salga accidentalmente así como también evita la movilización de la sonda.</p> <p>Lávese las manos.</p>	<p>en el bronquio y debe de retirarse de inmediato.</p> <p>Para corroborar la adecuada posición de la sonda, si no se obtiene contenido gástrico, colocar al paciente sobre su lado izquierdo, para desplazar el contenido del estómago hacia la curvatura mayor y aspirar de nuevo.</p> <p>El paciente es incapaz de hablar si la sonda NG ha pasado por sus cuerdas vocales.</p> <p>Un sonido de sifón y gorgoteo puede indicar que la sonda está correctamente colocada en el estómago. Los sonidos transmitidos mediante la insuflación de aire también transmitirse desde el espacio pleural hacia la parte posterior del abdomen, dando falsa impresión de colocación.</p> <p>Evite aplicar presión en la nariz. Previene necrosis quística, el esparadrapo ancla la sonda de forma segura.</p> <p>Compruebe que está bien segura la parte superior del esparadrapo situado en la nariz, la benzoina evita que se afloje el esparadrapo si el paciente transpira</p> <p>Esto asegura que la sonda no se salga accidentalmente así como también evita la movilización de la sonda.</p> <p>Disminuye la transmisión de microorganismos.²⁸</p>
---	--

²⁸ Brunner Lilian. Op. cit. p. 466.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Colocación de sonda nasogástrica (Schniedman).



(Lewis Judith).

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

6.10.2 ALIMENTACIÓN POR GASTROSTOMIA.

La alimentación enteral tiene la ventaja de utilizar la capacidad del estómago como un reservorio natural, permitiendo la liberación hacia el intestino de nutrientes parcialmente digeridos a una velocidad lenta.

CONCEPTO:

Una sonda de gastrostomía es una vía alternativa de alimentación gástrica. La sonda es colocada en una sala de operaciones o en una unidad de endoscopia, por un cirujano o gastroenterólogo. A través de una incisión en el cuadrante superior izquierdo de la columna. Estas sondas se utilizan en pacientes que no toleran las sondas nasogástrica o en los que se prevé una nutrición enteral prolongada.

MATERIAL Y EQUIPO:

Bolsa de alimentación y conexión desechable.
Jeringa de 30 ml o de tipo Luer-lok grande o con adaptador de catéter.
Estetoscopio.
Nutrición.
Bomba de infusión: utilizar una bomba especial para la alimentación enteral.
Tira indicadora de pH.
Guantes.

TÉCNICA / PROCEDIMIENTO:

Actividades.	Fundamentación.
<p>Póngase guantes y compruebe la situación de la sonda gástrica: aspire las secreciones gástricas y compruebe el residuo gástrico. Vuelva a infundir el contenido gástrico en el estómago, salvo que su volumen exceda los 150 ml. Si el volumen es mayor de 150 ml, interrumpa la nutrición y notifique al médico.</p> <p>Recomendación: si los ruidos intestinales están ausentes, notificarlo al médico antes de iniciar la alimentación.</p>	<p>La presencia del contenido gástrico indica el extremo terminal de la sonda que se encuentra en el estomago. El residuo gástrico determina si el vaciamiento del estomago se encuentra retardado. Un vaciamiento gástrico retardado se manifiesta por un residuo gástrico de la infusión previa mayor o igual a 150 ml.</p>
<p>Mida el pH del contenido gastrointestinal aspirado.</p>	<p>El contenido gástrico suele tener un pH entre uno y cuatro. El contenido</p>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Inicie la alimentación.

Recomendación: si se produce diarrea, los pacientes pueden requerir fármacos antidiarreicos o coprocultivos.

Alimentación en bolo o intermitente: pince el extremo proximal de la sonda de gastrostomía, conecte el cilindro de la jeringa con el extremo terminal de la sonda. Cargue la jeringa con la nutrición, permita que la jeringa se vacíe gradualmente; rellénela hasta que se haya administrado al paciente la cantidad prescrita. Si se ha utilizado una bolsa de alimentación, cuélguela en un soporte IV. Llene la bolsa con la cantidad de nutrición prescrita y permita que esta se vacíe gradualmente durante 30 minutos, y riegue la sonda al finalizar la infusión.

Método de infusión continua: cuelgue la bolsa de nutrición en un soporte IV. Conecte el extremo distal de la conexión con el extremo proximal de la sonda de gastrostomía. Conecte la conexión con la bomba de infusión e inicie la infusión.

Cuando no se administre la nutrición por la sonda, pinché o tape el extremo proximal de la sonda de gastrostomía.

Administre agua a través de la sonda de alimentación, según prescripción, durante o entre las infusiones.

intestinal posee un pH mayor a 6.

Evita la entrada de aire en el estómago del paciente. El vaciado progresivo de la jeringa o de la bolsa de nutrición de la sonda de alimentación reduce el riesgo de diarrea, secundaria a una nutrición enteral en bolo.

El método de alimentación continua esta diseñado para administrar la cantidad prescrita de nutrición cada hora. Este método disminuye el riesgo de diarrea. En los pacientes que reciben una alimentación continua, debería comprobarse el residuo cada cuatro horas.

Evita la entrada de aire en el estómago entre las infusiones.

Proporciona al paciente una fuente de agua para ayudar a mantener el equilibrio hidroelectrolítico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

<p>Irrigue la bolsa y la conexión con agua caliente tras la alimentación intermitente.</p>	<p>La irrigación con agua caliente de la bolsa y de la conexión limpia la sonda de alimentación y disminuya el crecimiento bacteriano.</p>
<p>Habitualmente, la zona de salida de gastrostomía se deja abierto. Sin embargo, se es necesario un vendaje debido a la existencia de drenaje, cámbielo diariamente o cuando sea necesario e informe del drenaje al médico; inspeccione la zona de salida con cada sustitución del vendaje.</p>	<p>La fuga de drenaje gástrico puede producir irritaciones y escoriaciones. La piel alrededor de la zona de alimentación debería limpiarse diariamente con agua caliente y jabón suave; puede colocarse una pequeña gasa cortada sobre la zona de salida.</p>
<p>Deseche el material utilizado y lávese las manos.</p>	<p>Disminuya la transmisión de microorganismos.²⁹</p>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

²⁹ Perry Anne. Op. Cit. p. 784.

6.11 ELIMINACIÓN.

6.11.1 SONDAJE VESICAL.

También conocido como catéter foley es un catéter permanente que se sitúa en la vejiga para efectuar drenaje continuo de orina, luego de instalado, un balón inflado en el extremo distal del catéter evita que se deslice fuera de la vejiga, un catéter a permanencia se utiliza con mayor frecuencia, para aliviar la distensión vesical causada por retención urinaria y para permitir drenaje continuo cuando el meato urinario está inflamado por cirugía o traumatismo local. Otras indicaciones para catéter permanente comprenden la obstrucción del conducto urinario (por tumor o hipertrofia prostática), retención de orina o infección por parálisis de vejiga neurogénica ocasionada por lesión o enfermedad de médula espinal y toda enfermedad en la cual la excreción urinaria del paciente debe vigilarse estrechamente.

CONCEPTO:

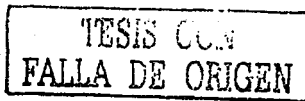
El sondeo de la vejiga implica la introducción de una sonda de goma o de plástico a través de la uretra y en el interior de la vejiga. El catéter proporciona un flujo continuo de orina en pacientes incapaces de controlar la micción o en aquellos con obstrucción de la salida de orina.

OBJETIVO:

Facilitar la evacuación de la orina.
Obtener una muestra estéril de orina.
Controlar el flujo de orina.

MATERIAL Y EQUIPO:

Guantes estériles.
Sonda foley número (14 o 16).
Jalea lubricante.
Gasas estériles.
Cubre bocas.
Benzal.
Agua fisiológica.
Jeringa de 5 cc.
Recolector de orina.



TÉCNICA / PROCEDIMIENTO:

Actividades.	Fundamentación.
Lávese las manos.	Disminuye la transmisión de microorganismos.
Explicarle el procedimiento al paciente.	Disminuye su angustia y promueve su cooperación.
Eleve la cabecera de la cama hasta una altura adecuada para trabajar.	Favorece la utilización de la mecánica corporal adecuada.
Corra la cortina o cierre la puerta, proporciona privacidad.	Disminuye la molestia y ayuda a la relajación durante el procedimiento
Coloque un empapador bajo el paciente.	Evita el manchado de la ropa de cama.
Colocar al paciente.	Proporciona una buena observación de las estructuras perineales.
Mujer:	
Ayude a que se coloque en decúbito supino con las rodillas flexionadas, indíquele que relaje los muslos para poder rotar sus caderas.	Las piernas pueden sujetarse con almohadas para disminuir la tensión muscular y favorece la comodidad.
Hombre:	
Ayude a que se coloque en decúbito supino, con los muslos ligeramente abducidos.	Posición cómoda para el paciente; mejora la observación.
Cubra al paciente.	
Mujer:	
Cúbrela con una sabana, coloque la sabana en forma de rombo, con una esquina en el cuello de la paciente, las esquinas laterales sobre cada brazo y la última esquina sobre el periné.	Evita la exposición innecesaria de las partes del cuerpo y mantiene la comodidad de la paciente.
Hombre:	
Cúbrole el tronco con una sábana y las	Evita la exposición innecesaria de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

<p>extremidades inferiores con la sábana de cama, exponiendo únicamente la zona genital.</p>	<p>partes del cuerpo y mantiene la comodidad del paciente.</p>
<p>Lleve guantes desechables y lave la zona perineal con agua y jabón, si es necesario; a continuación, séquela.</p>	<p>Disminuye la presencia de microorganismos cerca del meato urinario y permite la observación posterior del periné y de los puntos de referencia.</p>
<p>Ilumine con la lámpara la zona perineal.</p>	<p>Permite la identificación precisa y una buena observación del meato urinario.</p>
<p>Abra el paquete que contiene el equipo de sondaje, coloque la bolsa de diuresis sobre el borde de la estructura de la parte inferior de la cama y fije el tubo de drenaje entre la barandilla de la cama y el colchón.</p>	<p>Permite a la enfermera manipular el material estéril sin contaminarlo.</p>
<p>Póngase guantes estériles.</p>	<p>Comprueba la integridad del balón, no utilizar la sonda si el balón no se infla o tiene fugas.</p>
<p>Antes de insertar la sonda permanente, compruebe el balón inyectando líquido de la jeringa cargada a través de su zona de acceso.</p>	
<p>En mujeres, lubrique los últimos 2.5 a 5 cm de la sonda; en hombres, lubrique los últimos 12.5 a 17.5 cm.</p>	
<p>Limpie el meato urinario: Recomendación: en el cateterismo del paciente pediátrico, a menudo es difícil localizar el meato. Es necesario tener un par extra de guantes y contar con ayuda adecuada.</p>	
<p>Mujer:</p>	
<p>Con la mano no dominante, retraiga suavemente los labios para exponer completamente el meato urinario, mantenga la posición con la mano no dominante durante todo el procedimiento.</p>	<p>Proporciona una observación completa del meato urinario, la retracción total evita la contaminación del meato urinario durante la limpieza.</p>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Utilizando unas pinzas con la mano dominante estéril, sostenga una gasa impregnada con una solución antiséptica y limpie la región perineal, frotando desde la zona anterior hacia la posterior, desde el clítoris al ano. Con una nueva gasa para cada zona, frote el pliegue labial externo, los labios internos y directamente sobre el centro del meato urinario.

Hombre:

Si el paciente no esta circuncidado, retraiga el prepucio con la mano no dominante, sujete el cuerpo del pene inmediatamente por debajo del glande, sujete el meato urinario entre los dedos pulgar e índice, mantenga la mano no dominante en esta posición durante todo el procedimiento.

Con la mano dominante, sostenga la gasa con unas pinzas y limpie el pene, realice un movimiento circular desde el meato urinario hacia la base del glande, repita la limpieza tres veces, utilizando una gasa limpia cada vez.

Sujete la sonda con la mano dominante a 7.5-10 cm de la punta, sostenga suavemente el extremo terminal de la sonda enrollado en la palma de la mano dominante, coloque el extremo distal de la sonda en el recipiente para la orina, en caso de que el drenaje no sea para retención urinaria.

Inserte la sonda:

Mujer:

Indique a la paciente que empuje suavemente, como si fuera a orinar, e inserte lentamente la sonda a través del meato urinario.

La limpieza disminuye el número de microorganismos en el meato urinario, la utilización de una sola gasa para cada limpieza previene la transmisión de microorganismos. Su preparación facilita que la limpieza se realice desde la zona menos contaminada hacia el área más contaminada. La mano dominante permanece estéril.

La liberación accidental del prepucio o la caída del pene durante la limpieza requiere repetir el procedimiento, debido a que se ha contaminado la zona.

Disminuye el número de microorganismos en el meato urinario y favorece que el movimiento se realice desde las zonas menos contaminadas hacia las áreas de mayor contaminación, la mano dominante permanece estéril.

La relajación del esfínter externo contribuye a la inserción de la sonda.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Recomendación: en el cateterismo pediátrico, la limpieza debe hacerse sin demora. Si ocurre micción durante la introducción de la sonda, siga pasándola con rapidez y suavidad.

Introduzca la sonda entre 5 y 7.5 cm en total o hasta que el flujo de orina alcance el extremo de la sonda, cuando observe la presencia de orina, introduzca la sonda otros 2.5 a 5 cm, no fuerce si encuentra alguna resistencia, coloque el extremo de la sonda en un recipiente colector de orina.

Libere los labios y sujete firmemente la sonda con la mano no dominante, infle el balón si se ha utilizado una sonda de retención.

Hombre:

Sujete el pene en posición perpendicular al cuerpo del paciente y aplique una ligera tracción.

Indique al paciente que empuje suavemente, como si fuera orinar, e inserte lentamente la sonda a través del meato urinario.

Introduzca sonda entre 17 y 22.5 cm o hasta que el flujo urinario alcance el extremo de la sonda, si nota resistencia, retire la sonda; no fuerce su introducción a través de la uretra, cuando observe la presencia de orina, introduzca la sonda otros 2.5 a 5 cm.

Baje el pene y sujete la sonda firmemente con la mano no dominante, coloque el

La uretra femenina es corta, la aparición de orina indica que la punta de la sonda se encuentra en la vejiga o en la uretra inferior, la introducción posterior de la sonda asegura su situación vesical.

La contracción vesical o del esfínter puede producir una expulsión accidental de la sonda.

Endereza el canal urinario para facilitar la inserción de la sonda.

La relajación del esfínter externo ayuda a introducir la sonda.

La uretra masculina es larga, es normal encontrar una resistencia en el esfínter prostático, cuando se note resistencia, la enfermera deberá empujar la sonda contra el esfínter sin forzarla. Tras unos pocos segundos, el esfínter se relaja y puede introducirse la sonda, la obtención de orina indica que la punta de la sonda se encuentra en la vejiga o en la uretra, la introducción posterior de la sonda asegura su situación correcta.

La sonda puede ser expulsada accidentalmente por contracción

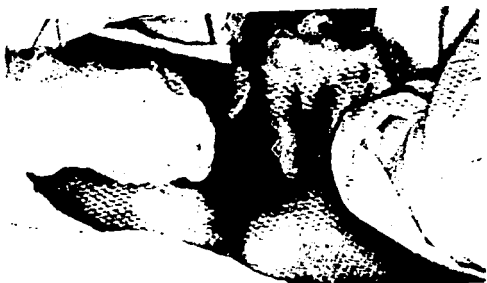
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

<p>extremo terminal de la sonda en el recipiente colector de orina, infle el balón si se ha utilizado una sonda de retención.</p>	<p>vesical o urinaria, la recogida de la orina previene que ésta se derrame y favorece la determinación de las salidas.</p>
<p>Obtenga una muestra de orina si es necesario, llene el vaso o recipiente de recogida de muestras hasta el nivel deseado (20 a 30 ml), sujetando con la mano dominante el extremo terminal de la sonda sobre el vaso.</p>	<p>Permite obtener una muestra estéril para su cultivo.</p>
<p>Una el extremo terminal de la sonda con la conexión del sistema de drenaje, la bolsa de diuresis debe situarse por debajo de la vejiga; no coloque esta bolsa sobre las barandillas de la cama.</p>	<p>Establece un sistema cerrado para drenaje urinario.</p>
<p>Fije la sonda: Mujer:</p>	<p>La fijación de la sonda a la parte interna del muslo disminuye la presión sobre la uretra, por lo que se reduce la posibilidad de lesión tisular en esta zona.</p>
<p>Hombre:</p>	<p>La fijación de la sonda la zona inferior del abdomen disminuye la presión sobre la uretra en la unión del pénis y el escroto, por lo que se reduce la posibilidad de lesión tisular en esta zona.</p>
<p>Ayude al paciente a adoptar una posición cómoda, lave y seque la zona perineal cuando sea necesario.</p>	<p>Mantiene la comodidad y seguridad.</p>
<p>Quitese los guantes y deseche el material y la orina en recipientes adecuados. Lávese las manos.</p>	<p>Disminuye la transmisión de microorganismos.³⁰</p>

³⁰ Ibidem p. 821.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Sondaje vesical femenino (King).



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Realizar asepsia de la región.



Localizar el meato urinario.



Introducción de la sonda.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Sondaje vesical masculino (King).



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Realizar asepsia de la región.



Localización del meato urinario.



Introducción de la sonda.

6.11.2 MANEJO DE DRENAJES.

6.11.2.1 PENROSE Y DRENOVAC.

La retirada de pequeñas cantidades de drenaje se logra mediante un sistema cerrado o abierto de drenaje. El dispositivo de drenaje puede insertarse directamente a través de la línea de sutura, hasta el interior de la herida, o por medio de una pequeña herida de punción cercana a la línea de sutura, hasta el interior de la herida.

Un sistema de drenaje abierto (penrose) retira el drenaje de la herida y lo deposita en la superficie de la piel.

Para retirar el drenaje de penrose el médico retira el tubo por etapas, hasta que la herida cicatriza desde el fondo hacia arriba.

Un sistema cerrado (drenovac), se basa en la presencia de un vacío que retira el drenaje acumulado por medio de múltiples perforaciones en una sonda de plástico transparente, introducida en el reservorio cerrado como vejiga de aspiración o bolsa. El drenaje se vacía periódicamente por el reservorio y se restablece el vacío.

MATERIAL Y EQUIPO:

Cilindro de medición graduado.

Gasa con alcohol.

Gasas.

Recipiente para una muestra estéril, si se necesita cultivo.

Guantes desechables.

Imperdibles.

TÉCNICA / PROCEDIMIENTO:

Actividades.	Fundamentación.
Cierre la puerta de la habitación o corra las cortinas que rodean la cama.	Proporciona comodidad.
Lávese las manos y póngase guantes.	Reduce la transmisión de microorganismos.
Coloque en la cama, entre usted y el paciente, un recipiente para muestras abierto o un recipiente graduado para medir.	Permite la medición y eliminación del drenaje procedente de la herida.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cundo vacíe el evacuador, mantenga la asepsia mientras abre la puerta de salida. **Recomendación: el reservorio de recogida de drenaje se vacía cada ocho horas o cuando sea necesario, si existen grandes volúmenes en su interior.**

Abra el tapón indicada para el vaciado del reservorio del drenaje, incline el evacuador en dirección al tapón.

Comprima lentamente las dos superficies planas mientras drena el contenido en su interior de un contenedor de muestras de laboratorio, si se ha solicitado un cultivo, y el resto en el cilindro graduado. Cubra el contenedor de muestras.

Sujete una gasa con alcohol en la mano dominante; coloque el evacuador sobre una superficie plana, con la abertura de salida en dirección hacia arriba; continúe presionando hacia abajo hasta que la parte inferior y superior entren en contacto; mantenga las superficies juntas con la mano, limpie rápidamente la abertura y el tapón con la otra mano y coloque inmediatamente el tapón; asegure el evacuador a la cama del paciente.

Compruebe el evacuador para verificar si se ha establecido el vacío, la integridad del tubo de drenaje y la ausencia de tensión en la tubuladura.

Coloque y asegure los reservorios de drenaje para evitar cualquier tirón en los puntos de inserción del tubo.

Evita la entrada de patógenos.

El vacío desaparecerá y el reservorio mostrará aire en su interior hasta que la cámara esté completamente oculta.

Evita la salpicadura de drenaje contaminado.

La compresión de la superficie del drenovac crea el vacío. La limpieza del tapón reduce la transmisión de microorganismo en la evacuación de drenaje.

Facilita el drenaje de la herida y evita la tensión sobre la tubuladura de drenaje.

La sujeción, con un imperdible, de la tubuladura de drenaje al camión del paciente evitará la tensión o el tirón de la tubuladura y el punto de inserción.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

<p>Etiquete habitualmente las muestras que envía al laboratorio, si el medico lo ha solicitado.</p> <p>Recomendación: la enfermera recoge las muestras para diagnóstico en presencia de purulencia inesperada u olor desagradable notable y comunica los hallazgos al medico, anotando lo ocurrido en las notas de evolución.</p>	<p>Permite que se realicen cultivos para revelar la infección.</p>
<p>Deseche los materiales sucios, quítese los guantes y lávese las manos.</p>	<p>Reduce la transmisión de microorganismos.</p>
<p>Póngase nuevos guantes estériles y proceda al cambio de los apósitos situados alrededor del punto de drenaje; inspeccione la piel si estuviera indicado. Los drenajes de Penrose están cubiertos con un apósito de gasa.</p>	<p>Evita la entrada de bacterias en la herida quirúrgica.</p>
<p>Deseche los materiales contaminados y lávese las manos.</p>	<p>Reduce la transmisión de microorganismos.³¹</p>

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

³¹ Ibidem p. 1200.

6.10.3 ADMINISTRACIÓN DE UN ENEMA.

Un enema consiste en la instalación de una solución en el recto y en el colon sigmoideo, los enemas de limpieza favorecen la completa evacuación de las heces del colon. Actúan estimulando el peristaltismo mediante la perfusión de grandes volúmenes de solución.

La principal razón para la utilización de un enema es favorecer la defecación, el líquido, según su volumen y tipo, deshace la masa fecal, dilata la pared rectal e inicia el reflejo de defecación, los pacientes no deben utilizar enemas para mantener la regularidad intestinal, ya que estos no tratan la causa de la irregularidad o del estreñimiento, la frecuente administración de enemas altera el reflejo de defecación, lo que provoca dependencia de los enemas para la eliminación.

TIPOS DE ENEMA:

ENEMA OLEOSO: lubrica, reblandece y facilita la evacuación de las heces, esta compuesto, por aceite de oliva a una temperatura de 37 a 38 grados, la solución administrada no sobrepasa los 150 a 200 ml para evitar la distensión del intestino. Esta indicada en pacientes con estreñimiento crónico, fecalomas y en las hemorroides en que la acción de defecar puede ser dolorosa.

ENEMA EVACUANTE O DE LIMPIEZA: Se administra para favorecer la eliminación de las heces. Produce un estímulo sobre la pared intestinal y una irritación de las mucosas, circunstancias que favorecen el peristaltismo.

Los enemas evacuantes más utilizados son:

ENEMA DE AGUA JABONOSA: Se compone de agua templada a 37 grados aproximadamente con jabón disuelto en ella, la cantidad varia de 500 a 1500 ml.

ENEMA COMERCIAL DESECHABLE: Se elabora con soluciones hipertónicas producen una irritación de la mucosa intestinal y una discreta distensión, es útil en pacientes que no toleran grandes volúmenes de líquido.

ENEMA DE RETENCION: Se utiliza para administrar sustancia a través de la vía rectal, con el fin de retener el líquido introducido durante el mayor tiempo posible.

OBJETIVO:

Evacuar el contenido intestinal con fines diagnósticos y terapéuticos.

MATERIAL Y EQUIPO:

Irrigador.

Sonda nelaton calibre 14 A 18.

Gasas.
 Guantes desechables.
 Cómodo.
 Lubricante.
 Solución prescrita.
 Cubre bocas.

TÉCNICA / PROCEDIMIENTO:

Actividades.	Fundamentación.
<p>Lávese las manos y póngase guantes.</p> <p>Explique el procedimiento al paciente.</p> <p>Proporcione un ambiente privado corriendo las cortinas alrededor de la cama o cerrando la puerta de la habitación.</p> <p>Ayude al paciente a colocarse en decúbito lateral izquierdo (sims), con las rodillas flexionadas.</p> <p>Coloque un empapador bajo las caderas y nalgas del paciente.</p> <p>Cubra al paciente con una sábana, exponiendo sólo la zona rectal, de forma que se vea claramente el ano, proporciona una temperatura agradable.</p> <p>Administre el enema utilizando un envase comercial desechable:</p> <p>Retire el tapón de plástico del extremo rectal. La punta ya está lubricada, pero puede aplicarse más gel si fuera necesario.</p> <p>Separe lentamente las nalgas y localice el recto, pida al paciente que se relaje, espirando lentamente por la boca.</p>	<p>Reduce la transmisión de microorganismos.</p> <p>Para reducir su angustia y promover su cooperación.</p> <p>Reduce la vergüenza que pueda sentir el paciente.</p> <p>Permite que la solución del enema fluya hacia abajo por la gravedad, a lo largo de la curva natural del colon sigmoide y del recto, lo que mejora la retención de la solución.</p> <p>Evita la contaminación de las sábanas de la cama.</p> <p>Reduce la exposición de las partes del cuerpo, permite al paciente sentirse más relajado y confortable.</p> <p>La lubricación permite una suave inserción de la sonda rectal, sin provocar irritación rectal ni traumatismos.</p> <p>La espiración favorece la relajación del esfínter anal externo.</p>

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

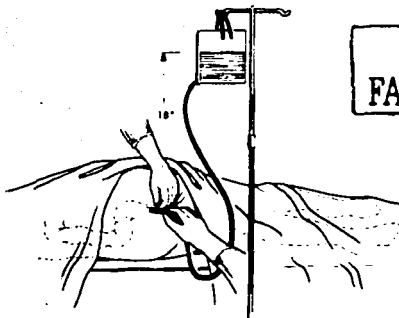
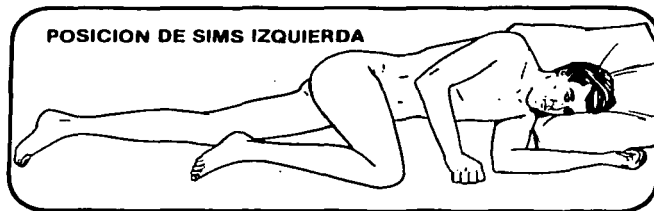
<p>Inserte la punta de la botella suavemente en el recto (7.5 a 10 cm).</p>	<p>La inserción suave evita el traumatismo de la mucosa rectal.</p>
<p>Exprima la botella hasta que toda la solución haya entrado en el recto y el colon (la mayoría de las botellas contienen aproximadamente 250 ml de solución). las soluciones hipertónicas requieren tan sólo pequeñas volúmenes para estimular la defecación, pida al paciente que retenga la solución hasta que se produzca urgencia para defecar, generalmente de 2 a 5 minutos.</p>	
<p>Administre un enema utilizando una bolsa de enema:</p>	
<p>Añada a la solución de enema, agua templada.</p>	<p>El agua caliente puede quemar la mucosa intestinal, el agua fría puede provocar dolor abdominal cólico y es difícil de retener.</p>
<p>Eleve el envase, libere la pinza y permita que la solución fluya lo suficiente como para llenar el tubo.</p>	<p>Elimina el aire del tubo.</p>
<p>Vuelva a pinzar el tubo.</p>	<p>Evita la pérdida adicional de solución.</p>
<p>Lubrique los últimos 6-8 cm del extremo de la sonda rectal con gel o lubricante.</p>	<p>Permite la inserción leve de la sonda rectal sin riesgo de irritación ni traumatismos de la mucosa.</p>
<p>Separe suavemente las nalgas y localice el ano. Pida al paciente que se relaje espirando suavemente lentamente por la boca.</p>	<p>La espiración favorece la relajación del esfínter anal externo.</p>
<p>Inserte el extremo de la sonda rectal lentamente. dirigiéndola hacia el ombligo del paciente. la longitud de la sonda es variable. 7.5 a 10 cm.</p>	<p>La inserción cuidadosa evita el traumatismo de la mucosa rectal por el desplazamiento accidental de la sonda contra la pared rectal, la inserción más allá del límite adecuado puede provocar perforación intestinal.</p>
<p>Mantenga el tubo en el recto hasta el final de la instilación del líquido.</p>	<p>La contracción intestinal puede provocar expulsión de la sonda rectal.</p>

<p>Abra la válvula reguladora y permita que la solución entre lentamente, con el envase a la altura de la cadera del paciente.</p>	<p>La rápida instilación puede estimular la evacuación de la sonda rectal.</p>
<p>Levante lentamente el envase del enema hasta que alcance una altura adecuada, por encima del ano: de 30 a 45 cm para enema alto, 30 cm para enema bajo, el tiempo de instilación varía según el volumen de solución administrada.</p>	<p>Permite la lenta y continua inserción de la solución, la excesiva elevación del envase provoca una rápida instilación y una posible distensión dolorosa del colon.</p>
<p>Baje el envase o pince el tubo si el paciente presenta calambres o pérdida de líquido alrededor de la sonda rectal, y retírela lentamente.</p>	<p>La interrupción momentánea de la instilación evita los calambres; ello puede impedir que el paciente retenga toda la solución, lo que altera la eficacia del enema.</p>
<p>Pince el tubo cuando haya instilado toda la solución.</p>	<p>Evita la entrada de aire en el recto.</p>
<p>Explique al paciente que la sensación de distensión es normal, pida al paciente que retenga la solución todo el tiempo posible, mientras permanece inmóvil en la cama.</p>	<p>La solución distiende el intestino, la longitud de la retención varía según el tipo de enema y la capacidad del paciente para contraer el esfínter anal. Una retención más prolongada favorece una estimulación más eficaz del peristaltismo y de la defecación.</p>
<p>Deseche el envase y el tubo del enema en un receptáculo adecuado.</p>	<p>Reduce la transmisión de microorganismos.</p>
<p>Observe el aspecto de las heces y de la solución.</p>	<p>El retorno del enema se considera limpio cuando no existe materia fecal sólida, pero la solución puede estar coloreada</p>
<p>Quitese los guantes y deséchelos; lávese las manos.</p>	<p>Disminuye la transmisión de microorganismos.³²</p>

³² Ibidem p. 872.

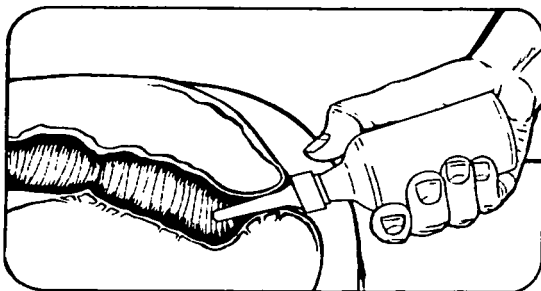
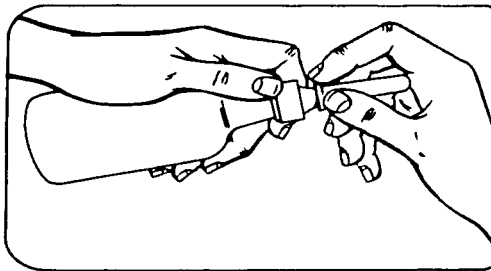
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Administración de enema (Schniedman).



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Administración de enema comercial (Schniedman).



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

VII. GLOSARIO.

Aguja de punta alada- aguja pequeña usada para venas inestables; la porción superior, que semeja las alas de una mariposa, se usa para orientación durante la inserción y para fijación durante la venoclisis.

Ampolleta- pequeño envase de vidrio cerrado que contiene alguna solución estéril para ser inyectada.

Angiocath- aguja con tubo de plástico, la aguja se extrae después de la inserción en la vena; el tubo de plástico permanece en vena para el goteo.

Anoxia- privación de oxígeno que cuando es lo bastante grave puede causar muerte celular en el lapso tan corto como 30 segundos.

Asepsia- ausencia de microorganismos patógenos.

Aserre- cortar con una sierra.

Atelectasia- estado en el que el aire no puede penetrar o salir de un segmento pulmonar, más a menudo debido a traumatismo o intervención quirúrgica.

Colonización- existencia de microorganismos en la superficie o interior de un huésped, con crecimiento y multiplicación, pero sin invasión o lesión tisular; no se produce lesión celular.

Disfagia- dificultad para deglutir.

Distal- lo más alejado de la parte media del cuerpo.

Embolia- oclusión repentina de una arteria por un coágulo o material extraño que ha sido transportado al sitio de bloqueo por la sangre.

Enema de retención- solución que se introduce en la parte inferior del intestino pero que no se expulsa.

Enema sin retención- solución administrada con objeto de que se expulsa en algunos minutos junto con heces, gas y cualquier otra sustancia en el intestino.

Esquina en forma de mitra- es una forma de sujetar las sábanas al colchón.

Frasco ampula- envase de vidrio cerrado, con tapón de goma, que contiene sustancias o soluciones estériles, generalmente para ser fraccionadas en dosis múltiples.

Habilitado- persona autorizada para obrar en un asunto que normalmente no le correspondería, o bien para obrar con atribuciones especiales.

Hipervolemia- aumento del volumen de sangre circulante.

Hipovolemia- disminución del volumen de sangre circulante.

Hipoxemia- oxigenación deficiente de la sangre.

Hipoxia- reducción del suministro de oxígeno a los tejidos por debajo de los niveles fisiológicos, a pesar de una perfusión tisular adecuada por sangre.

Infección- crecimiento de microorganismos patógenos, que originan signos y síntomas de enfermedad.

Intracath- aguja de gran calibre con catéter de plástico, que se hace pasar a través de la aguja después de la venopunción. La aguja se extrae del sitio de punción y el catéter de plástico permanece en la vena.

Menisco- superficie libre de una columna de líquido, de forma cóncava o convexa, cuya curvatura es producida por la tensión superficial.

Microorganismos- cuerpo vivo microscópico que puede o no producir alguna enfermedad.

Microorganismos patógenos- microbios capaces de producir la enfermedad.

Oblitere- eliminación completa, ya sea debido a enfermedad, degeneración, procedimiento quirúrgico, radiaciones, etc.

Palpación- método de examen que consiste en la aplicación de las manos sobre la superficie externa del cuerpo.

Placebo- sustancia farmacológicamente inactiva suministrada, aún cuando se sabe que dicha sustancia no cumple las necesidades terapéuticas de la persona.

Presión arterial- la fuerza que la sangre ejerce contra la pared de las arterias.

Presión diastólica- la presión menor que se ejerce contra la pared arterial; se manifiesta durante la relajación de los ventrículos.

Presión sistólica- la presión mayor que se ejerce contra la pared arterial; se manifiesta durante la contracción de los ventrículos.

Proximal- lo más cercano al punto de unión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Pulso- el latido rítmico que se produce por la expansión dinámica (elevación) y la contracción (descenso) de una arteria a medida que la sangre penetra en su interior, forzada por la contracción del ventrículo izquierdo del corazón.

Respiración- la respiración es el intercambio de gases entre un organismo y su ambiente. Los ciclos respiratorios incluyen inspiración y espiración.

Respiración de Kussmaul- son las respiraciones profundas pero regulares.

Sabana transversal- es una sabana angosta que se coloca atravesada en la cama sobre la sabana aplicada al colchón. Cubre la zona comprendida entre el tórax y rodillas del paciente, se pone tensa y se dobla bajo el colchón a cada lado de la cama.

Sistema abierto- sistema de drenaje urinario en el que el catéter se separa de la tubería.

Sistema cerrado- sistema de drenaje urinario en que la sonda no se separa de la tubería.

Sonda de condón- dispositivo en vaina de caucho o plástico que se aplica en la parte externa al pene y se usa como medio para recolectar orina.

Sonda de dos vías- tubo de luz doble que consiste en un tubo de inflación y un segundo tubo a través del cual se introduce la solución de irrigación y se permite que drene la orina.

Sonda de tres vías- tubo de luz triple que consiste en un tubo de inflación, tubo de irrigación y tubo de drenaje.

Sonda gástrica- método de alimentación artificial por medio de intubación gástrica.

Transmisión cruzada- trastorno transmisible que se añade a una persona que ya se encuentra en el hospital para el tratamiento de un trastorno no relacionado.

Vena cava- vena principal que regresa la sangre a la aurícula derecha del corazón.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VIII. BIBLIOGRAFÍA.

BEARE Patricia. Enfermería medico-quirúrgica. 3ª edición. Editorial Harcourt. España 2000. Pp. 1895.

BRUNNER Lilian. Manual de la enfermera. 4ª edición. Editorial interamericana McGraw-Hill. México 1991. Pp. 1797.

ESTEVE Julia. Enfermería: técnicas clínicas. Editorial McGraw-Hill. España 2000. Pp. 589.

KING Eunice. Técnicas de enfermería. 3ª edición. Editorial interamericana McGraw-Hill. México 1998. Pp. 1177.

KOZIER Bárbara. Enfermería fundamental. Conceptos, procesos y práctica. 4ª edición. Editorial interamericana McGraw-Hill. México 1993. Pp. 1597.

LEWIS Judith. Procedimientos de cuidados críticos. Editorial manual moderno. México 1998. Pp. 578.

NETTINA Sandra. Enfermería práctica de Lippincott. 6ª edición. Editorial McGraw-Hill. México 1999. Pp. 1504.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

146

PERRY Anne. Enfermería clínica: técnicas y procedimientos. 4ª edición. Editorial Harcourt Brace Anne. Madrid 1999. Pp. 1418.

ROSALES Susana. Fundamentos de enfermería. 2ª edición. Editorial Manual Moderno. México 1999. Pp. 556.

SCHNIEDMAN Rose. Manual de procedimientos en enfermería. 3ª edición. Editorial Interamericana. México 1986. Pp. 474.

TORRE Esteban de la. Técnicas de enfermería. Editorial Rol. España 1998. Pp. 192.

WOLF Lewis. Fundamentos de enfermería. 5ª edición. Editorial Haria. México 1998. Pp. 1108.

Diccionario médico ilustrado de bolsillo Dorland. 25ª edición. Editorial McGraw-Hill interamericana. Madrid 1998. Pp. 771.

Manual de técnicas y procedimientos. División de enfermería hospitalaria Severo Ochoa, atención especializada área 9. Editorial Interamericana. España 1998. Pp. 372.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

147