



# **UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO**



---

---

ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**“MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE URGENCIAS”**

**TESIS PROFESIONAL**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

PRESENTA:

**VANESSA ROSS RAMON**

ASESORA DE TESIS:

**LIC.ADELA MARTÍNEZ PERRY**

**Coatzacoalcos, Veracruz.**

**Abril 2020**



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.

**“MANUAL DE PROCEDIMIENTOS  
GENERALES Y ESPECIFICOS DEL  
SERVICIO DE URGENCIAS”**

HOSPITAL DE LA COMUNIDAD  
“DR. PEDRO CORONEL PEREZ”  
LAS CHOAPAS, VERACRUZ

## **AGRADECIMIENTO**

En el presente trabajo agradezco a Dios por ser guía y acompañarme en el transcurso de mi vida, brindándome paciencia y sabiduría para culminar con éxito mis metas propuestas.

A mis padres por ser el pilar fundamental y haberme apoyado incondicionalmente, pese a las adversidades e inconvenientes que se presentaron.

## **MISIÓN**

El Hospital “Dr. Pedro Coronel Pérez” tiene como misión otorgar atención médica de calidad y calidez a todos los pacientes que lo soliciten, mediante acción de equidad, profesionalismo y sentido humano, hasta lograr la satisfacción del usuario.

## **VISIÓN**

Nos vemos como un hospital de especialidades funcionando con un servicio de calidad y garantizando que las atenciones en los servicios se otorguen con calidez y trato humano procurando preservar la salud y la vida.

INDICE	PÁGINA
INTRODUCCIÓN.....	7
OBJETIVOS DEL MANUAL .....	8
PLAN DE MEJORA .....	9
<b>1.PROCEDIMIENTOS GENERALES .....</b>	<b>10</b>
1.1 LAVADO DE MANOS.....	11
1.2 SOMATOMETRÌA .....	13
1.2.1 MEDICIÓN DE PESO .....	14
1.2.2 MEDICION DE TALLA .....	14
1.3 SIGNOS VITALES.....	15
1.3.2 PULSO .....	16
1.3.3 FRECUENCIA RESPIRATORIA .....	17
1.3.4 PRESIÓN ARTERIAL.....	18
<b>2. PROCEDIMIENTOS ESPECIFICOS .....</b>	<b>20</b>
2.1 INSTALACIÓN DE VENOCLISIS .....	21
2.2 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.....	25
2.2.2 ADMINISTRACIÓN SUBLINGUAL .....	26
2.2.3 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRADERMICA.....	28
2.2.4 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA SUBCUTÁNEA.....	30
2.2.5 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA INTRAMUSCULAR .....	32
2.2.6 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRAVENOSA.....	34
2.2.7ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO POR VÍA RECTAL .....	36
2.2.8 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA VAGINAL.....	37
2.2.9 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR INHALACIÓN .....	37
2.3 TECNICA DE CATETERIZACIÓN VESICAL .....	39
2.3.1 PROCEDIMIENTO CATETERIZACIÓN VESICAL EN PACIENTES DEL SEXO MASCULINO.....	40
2.3.2 PROCEDIMIENTO CATETERIZACIÓN VESICAL EN PACIENTES DE SEXO FEMENINO.....	42
2.4 SONDA NASOGASTRICA .....	44
2.5 ADMINISTRACIÓN DE ENEMAS .....	47
2.6 TECNICA DE VENDAJES .....	49

<b>2.6.1 VUELTA CIRCULAR:</b> .....	50
<b>2.6.2 VUELTA EN ESPIRAL:</b> .....	50
<b>2.6.3 VUELTA EN ESPIGA:</b> .....	50
<b>2.6.4. VUELTA RECURRENTE:</b> .....	51
<b>CONCLUSIÒN</b> .....	52

## INTRODUCCIÓN

Este manual se realiza para ser aplicado en el área de urgencias, donde se aplica el TRIAGE y de acuerdo a éste se da, una atención prioritaria y personalizada a la enfermedad.

El Hospital de la comunidad “Dr. Pedro Coronel Pérez” de segundo nivel de atención cuenta con los servicios: Urgencias, Modulo mater, pediatría, ginecología, medicina preventiva, quirófano, hospitalización sala de hombres y hospitalización sala de mujeres, así como también posada (AME) para las embarazadas atendidas por una partera profesional.

Los pacientes se valoran y se establece un tratamiento dependiendo a las lesiones sufridas.

Es importante que el personal que labora en esta área, este capacitado para poder brindar un mayor servicio de calidad hacia el paciente, que acude a dicho servicio. Es indispensable contar con el material, medicamento y el equipo necesario para proporcionar una buena atención eficaz y más que nada oportuna.

## **OBJETIVOS DEL MANUAL**

### **OBJETIVO GENERAL:**

- Estandarizar la información sobre los procedimientos generales y específicos que se realizan en el servicio de urgencias.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Aplicación del triage
- Elevar la calidad de atención que se proporciona al usuario. Trato digno, tiempo de espera,
- Unificar criterios en las diferentes técnicas y procedimientos
- Administrar en forma adecuada los recursos con que se cuenta para la atención del paciente

## PLAN DE MEJORA

- Inducción al personal de nuevo ingreso.
- Actualización al personal del servicio de urgencias sobre triage.
- Gestionar una enfermera para la atención del triage y consultas y otra para observaciones.
- Implementar un espacio propio para el área de choque.
- Capacitar al personal con el equipo de ventilación, carro rojo y RCP.
- Implementar un stock de medicamentos para el turno nocturno exclusivo.
- Colocar una extensión de teléfono en el área de urgencias.
- Habilitar el área de descontaminación.
- Adecuar una tarja para el lavado del instrumental
- Implementar un cuarto séptico

# **1.PROCEDIMIENTOS GENERALES**

## **1.1 LAVADO DE MANOS**

### **CONCEPTO:**

El lavado de manos es la medida más simple y efectiva para prevenir el contagio de infecciones entre una persona u otra.

### **OBJETIVOS:**

- Evitar la transmisión de infecciones
- Eliminar post arrastre, la mayor cantidad de gérmenes transitorios y residentes de las manos.

### **SUS 5 MOMENTOS:**

1. Antes de tocar al paciente
2. Antes de realizar una tarea limpia/ aséptica
3. Después del riesgo de exposición a líquidos corporales
4. Después de tocar al paciente
5. Después del contacto con el entorno del paciente.

### **LAVADO DE MANOS**

1. Retire de los brazos y manos, reloj, anillos y pulseras.
2. Inicie el lavado de manos dependiendo de la técnica a realizar.

### **LAVADO DE MANOS CON AGUA Y JABÓN**

3. Mójese las manos con el agua
4. Depositar en la palma de las manos una cantidad de jabón suficiente para cubrir toda la superficie de la mano.

### **LAVADO DE MANOS CON SOLUCION ALCOHOLADA**

5. Deposite en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir toda la superficie a tratar.
6. Frótese las palmas de más manos entre si
7. Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa
8. Frótese las palmas de las manos entre sí con los dedos entrelazados

9. Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta agarrándose los dedos
10. Frótese con un movimiento de rotación el pulgar.
11. Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa
12. Termine el procedimiento dependiendo de la técnica empleada

#### **LAVADO DE MANOS CON AGUA Y JABÓN**

13. Enjuáguese las manos con agua
14. Séquese las manos con una toalla de papel en un solo movimiento
15. Tome la toalla para cerrar el grifo del agua

#### **LAVADO DE MANOS CON SOLUCION ALCOHOLADA**

16. Deje secar sus manos, ya que posteriormente están seguras.

**UNIDADES QUE INTERVIENE:** Personal de enfermería, todo el personal que labora en el área urgencias, pacientes y familiares.

## **1.2 SOMATOMETRÌA**

### **CONCEPTO:**

Acciones que se realizan para obtener las proporciones y medidas del cuerpo humano, peso, talla, perímetros y segmentos.

### **OBJETIVOS:**

- Detectar las variantes de estos perímetros para relacionarlas con cifras aceptadas como normales.

### **DESCRIPCIÓN**

1. Nivelar la báscula.
2. Preparar al paciente dependiendo de la edad de este mismo.

#### **PACIENTE ADULTO**

3. Que el paciente se quite los zapatos y que utilice el mínimo de ropa posible.
4. Ayudar al paciente para que se suba a la báscula, lo coloca frente a la escala.

#### **PACIENTE PEDIÁTRICO**

5. Dejar al paciente con el mínimo de ropa posible.
6. Colocar al paciente en la báscula, tener presente el riesgo de caída.
7. Pesar al paciente en caso de no contar con bascula para bebes pesar al familiar primero y posteriormente pesar al bebe junto con el familiar, la diferencia de peso adulto/bebe con adulto solo será la cifra para registrar.

## 1.2.1 MEDICIÓN DE PESO

### DESCRIPCIÓN:

1. Verifica que ambas vigas de la palanca se encuentren en cero y la báscula esté bien balanceada.
2. Coloca al niño en el centro de la plataforma. El niño debe pararse de frente al medidor, erguido con hombros abajo, los talones juntos y con las puntas separadas.
3. Verifica que los brazos del niño estén hacia los costados y holgados, sin ejercer presión.
4. Checa que la cabeza esté firme y mantenga la vista al frente en un punto fijo.
5. Evita que el niño se mueva para evitar oscilaciones en la lectura del peso.
6. Desliza la viga de abajo (graduaciones de 20 kg), hacia la derecha aproximando el peso del niño(a). Si la flecha de la palanca se va hacia abajo, avanza la viga al número inmediato inferior.
7. Desliza la viga de arriba (graduaciones en kg y 100 gramos) hacia la derecha hasta que la flecha de la palanca quede en cero y no esté oscilando. A veces es necesario realizar varios movimientos hasta que quede la flecha fija en el cero.
8. Realiza la lectura de la medición en kg y g y de frente. Otra opción es bajar al niño y hacer la lectura. Registra el dato inmediatamente y en voz alta: por ejemplo, 48.5

## 1.2.2 MEDICION DE TALLA

Medición de la distancia que hay desde la coronilla (parte más elevada del cráneo) hasta los pies(talones).

1. Prepara material y equipo dependiendo de la edad del paciente al cual se le tomaran las medidas.

### Niños menos de 1 año.

2. Colocar al niño en mesa de exploración en decúbito dorsal, de manera que el vértice de la cabeza quede en contacto con el extremo fijo del estadiómetro.
3. Inmovilizar los miembros inferiores del bebe apoyando una mano sobre sus rodillas.

4. Con la otra mano mover el tope del estadiómetro hasta el nivel de los talones.

### **Adultos**

5. Pedir al paciente se quite los zapatos
6. Colocar al paciente en posición recta espaldas al estadiómetro
7. Bajar el marcador del estadiómetro hasta tocar el vértice cefálico.
8. Verificar el marcador
9. Registrar la medición.

## **1.3 SIGNOS VITALES**

### **CONCEPTO:**

Son signos que reflejan el estado fisiopatológico de un organismo vivo, son regidos por órganos vitales para la supervivencia como el corazón, pulmones y cerebro, los signos vitales son temperatura, pulso, respiración y presión arterial.

### **OBJETIVO:**

Conocer las cifras de la temperatura, pulso, respiración y presión arterial en el paciente, así como las características de estos:

- Valorar el estado del paciente en el momento de ingresar al hospital
- Descubrir oportunamente cualquier anomalía en el estado del paciente
- Conocer los valores fundamentales para hacer comparación más tarde

### **1.3.1 TEMPERATURA**

#### **CONCEPTO:**

Es el resultado del equilibrio entre la producción y pérdida de calor, se mide en grados.

#### **PRINCIPIOS:**

- Los receptores para el frío y calor están situados en la piel y mucosas
- El centro de regulación del calor está en el hipotálamo

- Las células del organismo son dañadas por las alturas excesivas altas

### SITIOS DE MEDICIÓN:

- Boca
- Axila
- Recto

### CIFRAS NORMALES:

- Temperatura oral 37°C
- Temperatura axilar 36.7°C
- Temperatura rectal 37.5°C

## 1.3.2 PULSO

### CONCEPTO:

Latido rítmico, es la pulsación provocada por la expansión de sus arterias como consecuencia de la circulación de la sangre bombeada por el corazón. Cuando la contracción del ventrículo izquierdo expulsa la sangre hacia el exterior, esta es percibida por los dedos que la palpan sobre un plano reciente o una prominencia ósea.

### CIFRAS NORMALES: DE MEDICIÓN:

Recién nacido: 120 – 140<sup>x1</sup>

Lactante menor: 100 – 130<sup>x1</sup>

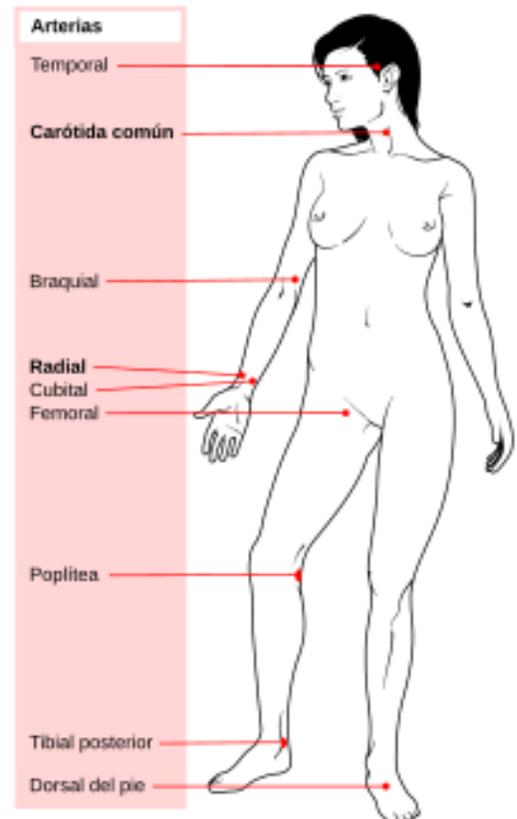
Lactante mayor: 100 – 120<sup>x1</sup>

Niños de 2 a 4 años: 100-120<sup>x1</sup>

Niños de 6 a 8 años: 100- 115<sup>x1</sup>

Adultos: 60 – 80 <sup>x1</sup>

### SITIOS



### 1.3.3 FRECUENCIA RESPIRATORIA

#### CONCEPTO:

Es la cantidad de respiraciones que una persona hace por minuto. La frecuencia se mide por lo general cuando una persona está en reposo y consiste simplemente en contar la cantidad de respiraciones durante un minuto cada vez que se eleva el pecho. La frecuencia respiratoria puede aumentar con la fiebre, las enfermedades y otras afecciones médicas.

#### PRINCIPIOS:

- Las vías respiratorias libres de obstáculos son necesarias para una función respiratoria normal
- El oxígeno llega a los alveolos pulmonares por nariz, boca, faringe y tráquea

#### CIFRAS NORMALES:

- Recién nacido: 40 – 60 <sup>x1</sup>
- Pre- escolar: 30 – 35 <sup>x1</sup>
- Escolares: 20 – 45 <sup>x1</sup>
- Adulto: 16 - 20<sup>x1</sup>
- Senil 14 - 16 rpm

## 1.3.4 PRESIÓN ARTERIAL

### CONCEPTO:

La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre en contra de las paredes de los vasos sanguíneos (arterias) como resultado de la función de “bombeo” que tiene el corazón, el volumen sanguíneo, la resistencia de las arterias al flujo y el diámetro de la luz arterial. Se mide con un aparato denominado esfigmomanómetro; se expresa en MM. De Hg mediante dos cifras: la cifra mayor corresponde a la presión sistólica, que se produce cuando el corazón se contrae y la sangre ejerce mayor presión sobre las paredes de las arterias. La cifra menor representa la presión diastólica que se produce cuando el corazón se relaja después de cada contracción, por lo que la presión arterial que ejerce el flujo de la sangre sobre las paredes de las arterias es menor.

### SITIOS DE MEDICIÓN:

Los más usuales son el brazo en el pliegue del codo, arterial braquial, piernas (hueco poplíteo) y tobillo.

### CIFRAS DE LA PRESIÓN ARTERIAL:

Clasificación de la presión sanguínea en adultos de 18 años en adelante. \*

Clasificación	Sistólica (mm de Hg)		Diastólica (mm de Hg)
<i>Óptima</i>	< 120	y	< 80
<i>Normal</i>	120 – 129	y	80 – 84
<i>Normal alta</i>	130 – 139	y/o	85 – 89
<i>Hipertensión</i>			
<i>Estadio 1</i>	140 – 159	y/o	90 – 99
<i>Estadio 2</i>	160 – 179	y/o	100 – 109
<i>Estadio 3</i>	≥ 180	y/o	≥ 110

### Se procede a tomar la presión arterial del paciente:

1. Colocar el baumanómetro de manera que la escala sea visible por el personal de enfermería.
2. Indicar al paciente que descansa, ya sea acostado o sentado. Ayudarlo a colocar el brazo apoyado en la cama o mesa en posición supina.

3. Colocar el brazalete al paciente, con el borde inferior 2.5cm por encima de la articulación del brazo.
4. Evitar presionar el brazo
5. Localizar el pulso braquial con la yema de los dedos índice y medio.
6. Colocar la capsula del estetoscopio sobre la arteria braquial y colocar los auriculares en los conductos auditivos, con las olivas hacia adelante.
7. Cerrar la válvula de la pera insufladora.
8. Insuflar el brazalete hasta 20- 30 mmHG. Por encima del nivel en que desaparece la onda del pulso.
9. Dejar salir lentamente el aire aflojando el tornillo de la pera insufladora.
10. Escuchar el primer ruido correspondido a la presión máxima o sistólica y leer la cifra.
11. Continuar con la salida del aire, disminuyendo la presión del brazalete hasta escuchar el latido del pulso de la arteria correspondiente a la presión o diastólica.
12. Abrir completamente la válvula, dejar escapar todo el aire del brazalete.
13. Retirar el brazalete del paciente, doblarlo y guardarlo
14. Registrar cifras en hoja de enfria.

## **2. PROCEDIMIENTOS ESPECIFICOS**

## **2.1 INSTALACIÓN DE VENOCLISIS**

### **CONCEPTO:**

Acciones que se realizan para introducir líquidos y fármacos en forma continua circulatorio por medio de un catéter, en un tiempo determinando.

### **OBJETIVO:**

- Conservar y remplazar reservas corporales de líquidos, electrolitos, vitaminas, proteínas y calorías en pacientes que no tienen u ingreso adecuado por vía oral
- Restablecer el equilibrio ácido – base, restituir el volumen sanguíneo y de sus componentes
- Conservar una vía para administrar medicamentos, prevenir el desequilibrio hidroelectrolítico.

### **DESCRIPCIÓN**

1. Verificar indicación médica.
2. Preparar material y equipo.
3. Elaborar membrete de identificación con el nombre del paciente, numero de cama, cantidad y tipo de solución, hora de inicio y termino, fecha, nombre completo, fecha de nacimiento del paciente, nombre completo de la enfermera que instalo la solución
4. Adherir a la solución
5. Lavado de manos
6. Conectar el equipo de venoclisis con técnica aséptica a la solución prescrita
7. Purgar el equipo de venoclisis
8. Trasladar el material a la unidad del paciente
9. Verificar la identificación del paciente y la solución a administrar confrontando con la prescripción medica
10. Explicarle el procedimiento al paciente
11. Colocar la solución el tripie
12. Cortar las telas adhesivas necesarias
13. Preparar catéter periférico dependiendo de condición del paciente y del propósito de la instalación
14. Seleccionar la vena a puncionar
15. Colocar el torniquete de 10 a 15cm por el área a puncionar.
16. Realizar asepsia de la región a puncionar

17. Sujetar con la mano diestra el catéter periférico
18. Con la mano no diestra, fija la piel tirando hacia abajo de manera que este quede tenso y facilite la entrada de la aguja hasta la vena
19. Puncionar la vena y corroborar que se encuentren dentro de la misma
20. SE OBTIENE SANGRE
21. Retirar el estilete del catéter periférico presionando con la yema de los dedos la parte distal del catéter periférico para evitar la salida de sangre
22. Conectar el equipo de venoclisis al catéter periférico
23. Abrirle a la solución y verificar la permeabilidad
24. Fijar el catéter con tela adhesiva
25. Colocar membrete con nombre del paciente, fecha, calibre del catéter periférico instalado, y nombre de la persona que realizó la punción
26. Regular el goteo y dejar cómodo al paciente
27. Dar los cuidados posteriores al equipo y se lava las manos.
28. Verificar indicación médica
29. Preparar material y equipo
30. Elaborar membrete de identificación con el nombre del paciente, número de cama, cantidad y tipo de solución, hora de inicio y término, fecha, nombre completo, fecha de nacimiento del paciente, nombre completo de la enfermera que instaló la solución
31. Adherir a la solución
32. Lavado de manos
33. Conectar el equipo de venoclisis con técnica aséptica a la solución prescrita
34. Purgar el equipo de venoclisis
35. Trasladar el material a la unidad del paciente
36. Verificar la identificación del paciente y la solución a administrar confrontando con la prescripción médica
37. Explicarle el procedimiento al paciente
38. Colocar la solución en el tripie
39. Cortar las telas adhesivas necesarias
40. Preparar catéter periférico dependiendo de condición del paciente y del propósito de la instalación
41. Seleccionar la vena a puncionar
42. Colocar el torniquete de 10 a 15cm por el área a puncionar
43. Verificar indicación médica
44. Preparar material y equipo
45. Elaborar membrete de identificación con el nombre del paciente, número de cama, cantidad y tipo de solución, hora de inicio y término, fecha, nombre completo, fecha de nacimiento del paciente, nombre completo de la enfermera que instaló la solución

46. Adherir a la solución
47. Lavado de manos
48. Conectar el equipo de venoclisis con técnica aséptica a la solución prescrita
49. Purgar el equipo de venoclisis
50. Trasladar el material a la unidad del paciente
51. Verificar la identificación del paciente y la solución a administrar confrontando con la prescripción medica
52. Explicarle el procedimiento al paciente
53. Colocar la solución el tripie
54. Cortar las telas adhesivas necesarias
55. Preparar catéter periférico dependiendo de condición del paciente y del propósito de la instalación
56. Seleccionar la vena a puncionar
57. Colocar el torniquete de 10 a 15cm por el área a puncionar
58. Realizar asepsia de la región a puncionar
59. Sujetar con la mano diestra el catéter periférico
60. Con la mano no diestra, fija la piel tirando hacia abajo de manera que este quede tenso y facilite la entrada de la aguja hasta la vena
61. Puncionar la vena y corroborar que se encuentren dentro de la misma
62. SE OBTIENE SANGRE
63. Retirar el estilete del catéter periférico presionando con la yema de los dedos la parte distal del catéter periférico para evitar la salida de sangre
64. Conectar el equipo de venoclisis el catéter periférico
65. Abrirle a la solución y verificar la permeabilidad
66. Fijar el catéter con tela adhesiva
67. Colocar membrete con nombre del paciente, fecha, calibre del catéter periférico instalado, y nombre de la persona que realizo la punción
68. Regular el goteo y dejar cómodo al paciente
69. Dar los cuidados posteriores al equipo y se lava las manos.
70. Verificar indicación médica.
71. Preparar material y equipo.
72. Elaborar membrete de identificación con el nombre del paciente, numero de cama, cantidad y tipo de solución, hora de inicio y termino, fecha, nombre completo, fecha de nacimiento del paciente, nombre completo de la enfermera que instalo la solución.
73. Adherir a la solución.
74. Lavado de manos.
75. Conectar el equipo de venoclisis con técnica aséptica a la solución prescrita.
76. Purgar el equipo de venoclisis.
77. Trasladar el material a la unidad del paciente.

78. Verificar la identificación del paciente y la solución a administrar confrontando con la prescripción médica.
79. Explicarle el procedimiento al paciente.
80. Colocar la solución el tripie.
81. Cortar las telas adhesivas necesarias.
82. Preparar catéter periférico dependiendo de condición del paciente y del propósito de la instalación.
83. Seleccionar la vena a puncionar.
84. Colocar el torniquete de 10 a 15cm por el área a puncionar.
85. Realizar asepsia de la región a puncionar.
86. Sujetar con la mano diestra el catéter periférico.
87. Con la mano no diestra, fija la piel tirando hacia abajo de manera que este quede tenso y facilite la entrada de la aguja hasta la vena.
88. Puncionar la vena y corroborar que se encuentren dentro de la misma.
89. SE OBTIENE SANGRE
90. Retirar el estilete del catéter periférico presionando con la yema de los dedos la parte distal del catéter periférico para evitar la salida de sangre.
91. Conectar el equipo de venoclisis el catéter periférico.
92. Abrirle a la solución y verificar la permeabilidad.
93. Fijar el catéter con tela adhesiva.
94. Colocar membrete con nombre del paciente, fecha, calibre del catéter periférico instalado, y nombre de la persona que realizo la punción.
95. Regular el goteo y dejar cómodo al paciente.
96. Dar los cuidados posteriores al equipo y se lava las manos.

## **2.2 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS**

### **CONCEPTO:**

Son las acciones que se efectúan para la administración de un medicamento, por algunas de sus vías de aplicación con un fin determinado.

### **OBJETIVO:**

Lograr una acción específica mediante la administración de un medicamento, ya sea con fines preventivos, diagnósticos o terapéuticos.

### **REGLAS DE SEGURIDAD PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS:**

1. Medicación correcta
2. Dosis correcta
3. Vía correcta
4. Hora correcta
5. Paciente correcto

### **2.2.1 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VIA ORAL**

#### **CONCEPTO:**

Es el procedimiento por medio del cual un medicamento es administrado por la boca y se absorbe en la mucosa gastrointestinal, entre estos medicamentos podemos citar: Tabletas, cápsulas, elixires, aceites, líquidos, suspensiones, polvos y granulados.

#### **OBJETIVO:**

1. Lograr la absorción de las sustancias en el tracto digestivo.
2. Favorecer el tránsito del medicamento.

#### **PRINCIPIOS:**

- Las papilas gustativas y las terminaciones nerviosas del sentido del gusto son más numerosas en la punta y borde de la lengua.
- Los medicamentos se absorben en el estómago e intestino delgado, y cuando más diluidos estén, más rápida será la absorción.

## **EQUIPO:**

- Bandeja o carrito para administración de medicamentos.
- Medicamento prescrito: Cápsulas, tabletas, jarabe, grageas, suspensión.
- Vaso con agua.
- Tarjeta de registro del horario del medicamento prescrito.
- Vasito o recipiente para colocar el medicamento.

## **PROCEDIMIENTO:**

1. Rectificar la orden prescrita en el expediente clínico
2. Lavado de manos antes de preparar los medicamentos
3. Llevar el medicamento en un vaso especial para medicamentos, el cual es preparado evitando que al depositarlo en el vasito toque con las manos; en el caso de suspensiones se debe agitar antes de preparar la dosis.
4. Identificarse con el paciente
5. Colocar al paciente en posición semifowler (si no existe contraindicación.
6. Explicarle al paciente el objetivo de tomarse el medicamento prescrito.
7. Verificar el horario, si corresponde el medicamento, nombre, numero de cama, medicamento prescrito y dosis a administrar.
8. Administrar el medicamento al paciente, si está en condiciones de tomarlo por el mismo, ofrecer el medicamento, ya sea que se lo proporcione agua
9. Desechar el vasito o recipiente que contenía el medicamento.
10. Colocar al paciente en posición cómoda una vez que ha ingerido el medicamento.
11. Registrar en el expediente clínico la administración de medicamento.

## **2.2.2 ADMINISTRACIÓN SUBLINGUAL**

### **CONCEPTO:**

Es la administración de un medicamento debajo de la lengua, el cual permite una absorción rápida y directa hacia el torrente sanguíneo. Vía en la cual el medicamento no debe ser ingerido.

### **OBJETIVO:**

Proporcionar una vía rápida y un método más eficaz de absorción.

## **PRINCIPIO:**

La absorción del medicamento es rápida, ya que se realiza a través del epitelio, (capa de tejido delgada) debajo de la lengua, ayudada por una amplia red de capilares con la que cuenta esta área.



## **EQUIPO:**

- Bandeja o carro para administración de medicamentos.
- Medicamento indicado.
- Tarjeta de registro del horario de medicamento prescrito.
- Equipo para toma de signos vitales.

## **PROCEDIMIENTO:**

Realizar los mismos procesos para administrar medicamentos por vía oral, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Explicar al paciente que no debe deglutir el medicamento ni ingerir líquido, sino mantenerlo debajo de la lengua hasta que sea absorbido completamente.
2. Colocar el medicamento debajo de la lengua del paciente, si el paciente está en condiciones de realizar este proceso, verificar que lo realice adecuadamente.
3. Evaluar la reacción del paciente ante la administración del medicamento, observar si presenta reacciones secundarias, sobre todo si éstas son de consideración.

4. Tomar la presión arterial y temperatura 10 minutos después de administrado el medicamento.

### **2.2.3 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRADERMICA**

#### **CONCEPTO:**

Es la introducción de agentes químicos y biológicos dentro de la dermis (por debajo de la piel).

#### **OBJETIVO:**

Lograr una absorción más lenta en la piel que en el tejido celular subcutáneo y muscular. Se utiliza con fines de diagnóstico, investigaciones de insensibilidad, aplicaciones de alérgenos y aplicación de vacunas.

#### **MATERIAL Y EQUIPO:**

- Bandeja o charola para medicamentos.
- Tarjeta de registro del medicamento.
- Jeringa de 1ml (graduada en UI).
- Torundero
- Guantes estériles

#### **PROCEDIMIENTO:**

1. Trasladar el equipo o carro de medicamentos (medicamento ya preparado) al paciente, verificar el número de cama o cuarto, checar la identificación del paciente y la tarjeta del medicamento. Llamar al paciente por su nombre.
2. Explicar al paciente el objetivo de administrar el medicamento, asimismo, la sensación que va a presentar al suministrarlo.
3. Lavarse las manos antes de preparar el medicamento, se recomienda utilizar un desinfectante especial para las manos de amplio espectro antimicrobiano de acción rápida y prolongada.
4. Seleccionar el sitio de inyección: Parte interna del brazo y región escapular (cara anterior del borde externo del tercio superior del antebrazo) alternado los puntos de inyección cuando se administren inyecciones múltiples,

cuidando que en el área no exista lesión o datos de infección o cambios de coloración de la piel.

5. Calzarse los guantes (según las normas de la institución). Tenerla en cuenta como una de las precauciones universales.
6. Realizar la asepsia del área seleccionada, aproximada de 5 cm alrededor de la punción utilizando las reglas básicas de asepsia con un antiséptico, se recomienda al 10% de amplio espectro antimicrobiano, de la familia de los productos clorados, hipo alérgico y que además permita visualizar el sitio de la inyección.
7. Retirar el protector de la aguja con cuidado de no contaminarla
8. Colocar el brazo del paciente en una superficie (para que sirva de apoyo y facilite la técnica) con el dedo índice y pulgar, estirar en forma suave la piel para mantenerla tensa y facilite la introducción de la aguja.
9. Introducir la aguja casi paralela al antebrazo en un ángulo de 10 a 15° con el bisel hacia arriba. No aspirar.
10. Inyectar lentamente el medicamento y observar la formación de una pequeña pápula y decoloramiento del sitio. Con esta reacción en la piel se comprueba que el medicamento fue aplicado en la dermis.
11. Extraer la aguja con cuidado. No dar masaje, ya que puede dispersar el medicamento.
12. Colocar al paciente en posición cómoda.
13. Desechar la jeringa en un recipiente especial para material punzocortante. De acuerdo con la NOM 087-ECOL-1995.
14. Registrar el medicamento y mencionar el sitio donde se administró.

## **2.2.4 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA SUBCUTÁNEA**

### **CONCEPTO:**

Es la introducción de un medicamento (sustancias biológicas o químicas) en el tejido subcutáneo.

### **OBJETIVO:**

Lograr una absorción lenta en el tejido subcutáneo, para que la acción del medicamento se realice adecuadamente.

### **PRINCIPIO:**

El efecto de la medicación subcutánea se absorbe rápidamente e inicia sus efectos después de media hora de haberse suministrado.

### **MATERIAL Y EQUIPO:**

- Bandeja o charola para medicamentos.
- Tarjeta de registro del medicamento.
- Jeringa de 1 ml (graduada en UI).
- Torundero.
- Guantes estériles

### **PROCEDIMIENTO:**

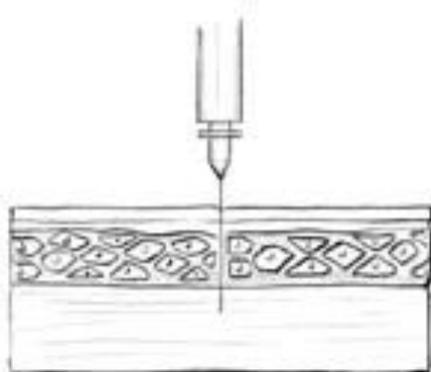
1. Trasladar el equipo o carro de medicamentos a la unidad del paciente y verificar el número de cama o cuarto, checar la identificación del paciente y la tarjeta del medicamento. Llamar al paciente por su nombre.
2. Explicar al paciente el objetivo de administrar el medicamento, asimismo, la sensación que va a presentar al suministrarlo. Proporcionar un ambiente de privacidad cuando el sitio de aplicación del medicamento sea distinto a la administración en el brazo.
3. Lavarse las manos antes de preparar el medicamento, se recomienda utilizar un desinfectante especial para las manos de amplio espectro antimicrobiano de acción rápida y prolongada.
4. Seleccionar el sitio de inyección: Parte externa del brazo, cara anterior del muslo, tejido subcutáneo del abdomen y región escapular, alternando los puntos de inyección cuando se administren inyecciones múltiples, cuidando que en el área no exista lesión, equimosis, datos de infección o cambios de coloración de la piel.

5. Colocar al paciente en la posición correcta de acuerdo con la selección del sitio de inyección.
6. Calzarse los guantes.
7. Realizar la asepsia del área (seleccionada) aproximada de 5 cm alrededor de la punción utilizando las reglas básicas de asepsia con un antiséptico de amplio espectro antimicrobiano, de la familia de los productos clorados, hipoalergénica y que además permita visualizar el sitio de inyección.
8. Retirar el protector de la aguja con cuidado de no contaminarla y dejar libre de burbujas la jeringa.
9. Formar un pliegue con el dedo pulgar e índice. Esta maniobra asegura la introducción del medicamento al tejido subcutáneo.
10. Sujetar la jeringa con el dedo índice y pulgar (mano derecha).
11. Introducir la aguja en un ángulo de 45°, una vez introducida dejar de formar el pliegue.
12. Aspirar la jeringa con el fin de detectar si se puncionó algún vaso sanguíneo. Proceder a introducir el medicamento. En caso de presentar punción de un vaso sanguíneo será necesario volver a preparar el medicamento, o bien cambiar la aguja de la jeringa e iniciar el procedimiento.
13. Retirar la aguja y presionar en el sitio de inyección.
14. Colocar al paciente en una posición cómoda.
15. Desechar la jeringa en el recipiente especial para material punzocortante. De acuerdo con la NOM 087-ECOL-1995.
16. Registrar el medicamento administrado y mencionar el sitio donde se administrar

## 2.2.5 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA INTRAMUSCULAR

### CONCEPTO:

Es la introducción de sustancias químicas o biológicas en el tejido muscular por medio de una jeringa y aguja.



### OBJETIVO:

Lograr la introducción de sustancias donde existe una gran red de vasos sanguíneos, para que se puedan absorber con facilidad y rapidez.

### MATERIAL Y EQUIPO:

- Bandeja o charola para medicamentos.
- Tarjeta de registro del medicamento.
- Jeringa de 3 o 5 ml con aguja 21 o 22 (para pacientes adultos, en caso de que sea obeso utilizar una aguja larga de 21 x 38) (paciente pediátrico aguja 23 x 32).
- Solución antiséptica.
- Gasas estériles de 5 x 5 o torunda.
- Guantes estériles (es recomendable utilizarlos, sin embargo, se circunscribe a las normas de la institución).

### PROCEDIMIENTO:

1. Trasladar el equipo o carro de medicamentos a la unidad del paciente y verificar el número de cama o cuarto, checar la identificación del paciente y la tarjeta del medicamento. Llamar al paciente por su nombre.
2. Explicar al paciente el objetivo de administrar el medicamento, asimismo, la sensación que va a presentar al suministrarlo. Proporcionar un ambiente de

- privacidad cuando el sitio de aplicación del medicamento sea distinto a la administración al músculo deltoides.
3. Lavarse las manos antes de preparar el medicamento, se recomienda utilizar un desinfectante especial para las manos de amplio espectro antimicrobiano de acción rápida y prolongada.
  4. Seleccionar el sitio de inyección la zona que generalmente se utiliza y primera en elección es el cuadrante superior externo de ambos glúteos, cara anterior externa del muslo, en el brazo la región del deltoides, alternando los puntos de inyección cuando se administren inyecciones múltiples, cuidando que en el área no exista lesión equimosis datos de infección o cambios de coloración de la piel.
  5. Colocar al paciente en la posición correcta de acuerdo a la selección del sitio de inyección.
  6. Calzarse los guantes (según las normas de la institución). Tenerla en cuenta como una de las precauciones universales.
  7. Realizar la asepsia del área (seleccionada) aproximada de 5 cm alrededor de la punción utilizando las reglas básicas de asepsia con un antiséptico de amplio espectro antimicrobiano, de la familia de los productos clorados, hipoadérgica y que además permita visualizar el sitio de inyección.
  8. Retirar el protector de la aguja con cuidado de no contaminarla.
  9. Estirar la piel con el dedo índice y pulgar. Formar un pliegue con el dedo pulgar e índice en pacientes pediátricos y geriátricos, con el propósito de aumentar la masa muscular asegura la introducción del medicamento al tejido muscular evitando pinchar el hueso.
  10. Sujetar la jeringa con el dedo índice y pulgar (mano derecha).
  11. Introducir la aguja en un ángulo de 90° en forma directa con un solo movimiento rápido y seguro. De esta forma ayuda a reducir el dolor de la punción.
  12. Aspirar la jeringa con el fin de detectar si se puncionó algún vaso sanguíneo. Proceder a introducir el medicamento lentamente, esto permite que el medicamento se disperse a través del tejido. En caso de presentar punción de un vaso sanguíneo será necesario volver a preparar el medicamento, o bien cambiar la aguja de la jeringa e iniciar el procedimiento.
  13. Retirar la aguja con rapidez (con un solo movimiento) reduce la molestia de la extracción de la misma. Presionar en el sitio de la inyección.
  14. Colocar al paciente en una posición cómoda.
  15. Desechar la jeringa en el recipiente especial para material punzocortante. De acuerdo a la NOM 087-ECOL-1995.

## **2.2.6 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRAVENOSA**

### **CONCEPTO:**

Es la introducción de una sustancia medicamentosa directamente al torrente sanguíneo a través de la vena utilizando jeringa y aguja o por medio de venoclisis

### **OBJETIVO:**

Introducir dosis precisas de un medicamento al torrente circulatorio para lograr una absorción rápida.

### **MATERIAL Y EQUIPO:**

- Jeringa de 5 ó 10 ml
- Medicamento indicado.
- Ligadura o torniquete
- Gasas chicas o torundas.
- Solución antiséptica.
- Guantes estériles.
- Ámpula de solución inyectable (se recomienda diluir el medicamento para evitar flebitis).

### **PROCEDIMIENTO:**

1. Trasladar el equipo o carro de medicamentos a la unidad del paciente y verificar el número de cama o cuarto, checar la identificación del paciente y la tarjeta del medicamento. Llamar al paciente por su nombre.
2. Lavarse las manos antes de preparar el medicamento, se recomienda utilizar un desinfectante especial para las manos de amplio espectro antimicrobiano de acción rápida y prolongada.
3. Explicar al paciente el objetivo de administrar el medicamento, asimismo, la sensación que va a presentar al suministrarlo (sensación de calor en el momento que entra el medicamento al torrente circulatorio). La explicación ayuda a disminuir la ansiedad del paciente.
4. Colocar al paciente en decúbito dorsal o sentado, apoyando el brazo sobre una superficie resistente (mesa puente)
5. Seleccionar la vena que se va a puncionar:
  - a) Generalmente se punciona en el brazo: Vena cefálica o basílica.
  - b) En la mano, venas superficiales del dorso y cara lateral.
6. Colocar la ligadura o torniquete a 10 cm arriba del sitio seleccionado para realizar la punción de la vena.

7. Colocarse rápidamente los guantes estériles.
8. Realizar la asepsia del área aproximada de 10 cm alrededor de la punción utilizando las reglas básicas de asepsia con un antiséptico, se recomienda uno de amplio espectro antimicrobiano, de la familia de los productos clorados, hipoalergénico y que además permita visualizar la vena.
9. Tomar la jeringa con el medicamento previamente ya identificado y purgarla (quitarlas burbujas de aire), dando pequeños golpecitos con la uña al cuerpo de la jeringa y empujar el émbolo con el dedo pulgar.
10. Tomar la jeringa con los dedos índice y pulgar de la mano derecha, apuntando el bisel de la jeringa hacia arriba y sujetar la vena con el dedo índice de la mano izquierda para evitar que se mueva en el momento de la punción.
11. Puncionar la vena, introduciendo el bisel de la aguja hacia arriba, tomado la vena por un lado formando un ángulo de 30° entre la jeringa y el brazo del paciente. Aspirar la jeringa una décima de cm para cerciorarse que la aguja se encuentra dentro de la vena.
12. Soltar la ligadura.
13. Introducir muy lentamente la solución del medicamento, haciendo aspiraciones periódicas de la jeringa y cerciorase que aún se encuentra la aguja dentro de la vena. Observar y preguntar al paciente si siente alguna molestia. En caso de que presente algún síntoma o signo adverso, suspender inmediatamente la aplicación, o bien, en caso de que no se encuentre dentro de la vena, suspender la aplicación e iniciar el procedimiento.
14. Terminar de administrar el medicamento, retirar la aguja y la jeringa con un movimiento suave y hacer hemostasia por espacio de 2 minutos (presión) en el sitio de la punción con una torunda impregnada de antiséptico, o bien, colocar una tira de cinta adhesiva sobre la torunda para que haga presión (informarle al paciente que se la puede quitar después de 5 minutos).

## **2.2.7 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO POR VÍA RECTAL**

### **CONCEPTO:**

Es la administración de un medicamento a través del recto con fines preventivos, diagnósticos, terapéuticos.

### **OBJETIVO:**

Lograr la absorción del medicamento, estimular el peristaltismo y la defecación, aliviar el dolor, vómito, hipertermia e irritación local.

### **PROCEDIMIENTO:**

1. Colocar al paciente en posición de Sims (decúbito lateral izquierdo con la pierna derecha flexionada).
2. Calzarse los guantes.
3. Sacar el medicamento de su envoltura.
4. Separar los glúteos (para visualizar el orificio anal del paciente y pedirle que se relaje).
5. Introducir el medicamento (supositorio) por el orificio anal, a una profundidad aproximada de 5 cm, haciéndolo avanzar con el dedo índice.
6. Pedir al paciente que mantenga la contracción de los glúteos hasta que desaparezca el estímulo de defecar. En pacientes pediátricos presionar los glúteos durante 5 minutos (aproximadamente).
7. Quitarse los guantes.

## **2.2.8 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA VAGINAL**

### **CONCEPTO:**

Es el procedimiento de administrar un medicamento a través de la vagina, en forma de supositorios u óvulos, geles, pomadas o cremas.

### **OBJETIVO:**

Lograr la absorción del medicamento y ejercer una acción local.

### **PROCEDIMIENTO:**

1. Colocar a la paciente en posición ginecológica.
2. Calzarse los guantes.
3. Sacar el medicamento de su envoltura.
4. Separar los labios mayores (para visualizar el orificio vaginal de la paciente y pedirle que se relaje).
5. Introducir el medicamento (óvulos) por el orificio vaginal, a una profundidad tanto como sea posible, para evitar que se salga antes, fundirse haciéndolo avanzar con el dedo índice.
6. Quitarse los guantes
7. Colocar al paciente en posición cómoda.
8. Lavarse las manos.

## **2.2.9 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR INHALACIÓN**

### **CONCEPTO:**

Es la aplicación de medicamentos en estado gaseoso o de vapor con el fin de que se absorban en el tracto respiratorio, entre los que podemos mencionar: broncodilatadores y mucolíticos.

### **OBJETIVO:**

Lograr la absorción del medicamento en las vías respiratorias mediante la inspiración.

### **DESCRIPCIÓN**

### **PROCEDIMIENTO:**

1. Explicar al paciente el uso correcto del inhalador.
2. Quitar con cuidado la tapa (cabezal) del inhalador y girarla lentamente con cuidado.
3. Insertar el dispositivo en el orificio interior de la boquilla.

4. Invertir el recipiente del medicamento y agitarlo.
5. Pedir al paciente que realice 2 a 3 respiraciones profundas, y en la última de ellas espirar la mayor cantidad de aire posible.
6. Colocar la boquilla del medicamento en la boca del paciente y pedirle que cierre los labios.
7. Presionar con rapidez el recipiente del medicamento (con los dedos índice y pulgar, presionar de arriba hacia abajo como si estuviese bombeando). Al mismo tiempo se le pide al paciente que inspire profundamente.
8. Pedir al paciente que retenga la respiración por cinco segundos antes de espirar, para permitir que el medicamento penetre y se deposite en los pulmones.
9. Retirar el inhalador y limpiar la boquilla.
10. Registrar en el expediente clínico el medicamento administrado, hora, fecha y si hubo reacciones especiales en el paciente.

## **2.3 TECNICA DE CATETERIZACIÓN VESICAL**

### **CONCEPTO:**

Es la inserción de una sonda vesical a través de la uretra, hasta el interior de la vejiga con técnica estéril.

### **OBJETIVOS:**

- Facilitar el drenaje de la orina para aliviar la retención aguda o crónica.
- Obtener un continuo drenaje vesical durante el pre, trans y postoperatorio.
- Permitir el drenaje de la orina en pacientes con disfunción neurógena de vejiga.
- Determinar la medición precisa del drenaje de orina en pacientes en estado crítico.

### **PRINCIPIOS:**

- Los líquidos corren en dirección a la gravedad.
- Los líquidos pasan de un área de mayor presión a un área de menor presión.

### **INDICACIONES:**

- En pacientes con estado hemodinámico inestable.
- Pacientes en el periodo pre- trans y post-operatorio.
- Pacientes sin control de esfínter urinario.
- Retención urinaria aguda.
- Vaciar completamente la vejiga antes del parto.
- Para tomar muestras de orina estéril en algunos pacientes sin control voluntario de la vejiga en que la orina expulsada estará inevitablemente contaminada.
- En estudios como cistomanometría o examen cistoscópico, ureterografía y cistografía

### **MATERIAL Y EQUIPO:**

- Bolsa recolectora de orina.
- Un cómodo.
- Protectores de cama.
- Carro de curación con:
- Cubrebocas.
- Guantes estériles 2 pares.

- Gorro.
- Bata.
- Campos estériles.
- Solución antiséptica.
- Solución de irrigación.
- Gasas estériles.
- Equipo de cateterización.
- Lubricante hidrosoluble individual estéril.
- Jeringa de 10 ml.
- Ámpula de 10 ml. de agua inyectable para llenar el globo de la sonda.
- Una sonda vesical, el número dependerá de la edad y sexo del paciente.
- Parche para la fijación.
- Frasco estéril para urocultivo.

### **2.3.1 PROCEDIMIENTO CATETERIZACIÓN VESICAL EN PACIENTES DEL SEXO MASCULINO**

1. La enfermera informa al paciente del procedimiento que se le va a realizar, el motivo, los beneficios y su participación.
2. Proporciona privacidad cerrando puertas y/o cortinas.
3. Prepara el material y equipo, seleccionando la sonda vesical que va a utilizar.
4. Se lava las manos.
5. Coloca al paciente en decúbito dorsal.
6. Retira el pantalón y deja al paciente cubierto con una sábana o protector.
7. Coloca el protector de cama y el cómodo al paciente.
8. Se lava las manos.
9. Coloca a un costado de la cama la bolsa recolectora de orina para tenerla lista al momento de conectarla a la sonda.
10. Se coloca cubrebocas, gorro, bata y guantes estériles 2 pares.
11. Realiza asepsia aplicando solución antiséptica: sujeta el pene del paciente en posición vertical, toma la pinza con una gasa montada impregnada con solución antiséptica, retrae el prepucio para hacer una asepsia completa con movimientos únicos circulares, de la parte superior y hacia abajo del cuerpo del pene, utilizando una gasa para cada movimiento. Repite la asepsia 3 veces.

12. Retira el excedente de solución antiséptica con solución de irrigación.
13. Se retira un par de guantes.
14. Coloca los campos estériles, dejando expuesto únicamente el pene.
15. Llena la jeringa con agua estéril suficiente para la capacidad del globo (sondas de adultos 10 cc, niños 3 cc) y verifica la integridad del mismo.
16. Lubrica la punta de la sonda.
17. Procede a la introducción de la sonda con firmeza y suavidad, levanta el pene en un ángulo de 60 a 90 grados y con la mano que lo sostiene retrae el prepucio para visualizar el meato urinario e introduce la sonda, hasta observar la salida de la orina, en este momento pinza la sonda por arriba de la bifurcación.
18. Solicita frasco estéril a la persona que le está asistiendo y toma una muestra para urocultivo.
19. Verifica que la porción introducida abarque aproximadamente 24 cm de la longitud de la sonda vesical, considerando que la longitud de la uretra masculina es aproximadamente de 20 cm.
20. Pinza la porción correspondiente a la luz de drenaje de la sonda vesical y llena el globo con agua estéril.
21. Una vez inflado el globo hace una ligera tracción hasta mostrar resistencia con el propósito de comprobar que el balón está bien inflado.
22. Conecta la bolsa recolectora y despinza la sonda.
23. Fija la sonda y coloca membrete con fecha de instalación, hora y nombre de la persona que realiza el procedimiento.
24. Recoge el material y equipo utilizado.
25. Se lava las manos.
26. Envía la muestra para el urocultivo.
27. Deja cómodo al paciente y explica los cuidados que debe tener para proteger su sonda y bolsa recolectora cuando esté en su cama, se traslade o se levante a caminar.
28. Hace las anotaciones en el expediente clínico, registrando la hora, fecha de instalación y volumen de la solución utilizada para inflar el globo.

### **2.3.2 PROCEDIMIENTO CATETERIZACIÓN VESICAL EN PACIENTES DE SEXO FEMENINO**

1. La enfermera informa al paciente del procedimiento que se le va a realizar, el motivo, los beneficios y su participación, si el caso lo permite.
2. Proporciona privacidad cerrando puertas y/o cortinas.
3. Prepara el material y equipo, seleccionando la sonda vesical que va a utilizar.
4. Se lava las manos.
5. Coloca al paciente en posición litotomía o ginecológica.
6. Coloca el cómodo y protector de cama a la paciente.
7. Se cubren las piernas de la paciente dejando únicamente descubierta la región perineal.
8. Se lava las manos.
9. Coloca a un costado de la cama la bolsa recolectora de orina para tenerla lista al momento de la conectarla a la sonda.
10. Se coloca cubrebocas, gorro, bata y guantes estériles 2 pares.
11. Realiza la asepsia tomando la pinza con una gasa montada impregnada con solución antiséptica, inicia de sínfisis púbica hacia abajo, es necesario separar los labios mayores y menores para hacer la asepsia completa, con movimientos de arriba hacia abajo únicos, utilizando una sola gasa en cada movimiento se repite la asepsia 3 veces.
12. Retira el excedente de solución antiséptica con solución de irrigación.
13. Se retira un par de guantes.
14. Coloca los campos estériles, dejando expuesta únicamente el área perineal.
15. Llena la jeringa con agua estéril, suficiente para la capacidad del globo (sondas de adultos 10 cc, niños 3 cc) y verifica la integridad del mismo.
16. Lubrica la punta de la sonda.
17. Visualiza el orificio de la uretra, que está localizado inmediatamente por arriba del orificio vaginal, 2.5 cm aproximadamente por debajo del clítoris, con forma circular, plegado.

18. Inicia la introducción de la sonda con firmeza y suma delicadeza; se debe tomar en cuenta que la uretra femenina mide aproximadamente 4 cm, la sonda vesical de la punta al balón mide 4 cm, por lo mismo, la orina fluye rápidamente, por lo que será necesario introducir 4 cm más para dejarla bien ubicada en la vejiga, pinzar la sonda.
19. Solicita el frasco a la persona que le está asistiendo y toma muestra para urocultivo.
20. Llena el globo de la sonda con agua estéril.
21. Una vez inflado el globo hace una ligera tracción hasta mostrar resistencia con el propósito de comprobar que el balón está bien inflado.
22. Conecta la bolsa recolectora y despinza la sonda.
23. Verifica que la sonda vesical quede segura y funcionando correctamente.
24. Fija la sonda, anota fecha de instalación, hora y nombre de la persona que realiza el procedimiento.
25. Recoge el material y equipo utilizado.
26. Se lava las manos.
27. Envía la muestra para el urocultivo.
28. Deja cómoda a la paciente y explica los cuidados que va a llevar para proteger su sonda y bolsa recolectora cuando esté en su cama, se traslade o se levante a caminar.
29. Hace las anotaciones en el expediente clínico, anotando la hora, fecha de instalación y volumen de la solución utilizada para inflar el globo.

## **2.4 SONDA NASOGASTRICA**

### **¿QUÉ ES UNA SONDA NASOGÁSTRICA?**

Es un tubo de plástico habitualmente de poliuretano que se introduce a través de la nariz en el estómago, pasando por el esófago, una vez que la punta de la sonda se encuentra dentro del estómago, puede proporcionar alimento a pacientes con capacidad digestiva conservada, que presentan dificultades para masticar o deglutir los alimentos.

### **MATERIAL:**

- Sonda nasogástrica de calibre indicado
- Guantes de látex
- Jeringa de alimentación (50 cc)
- Gasas estériles
- Lubricante hidrosoluble
- Vaso de agua
- Talla estéril
- Esparadrapo hipoalergénico y sutura adhesiva
- Estetoscopio.

### **PREPARACIÓN DEL PACIENTE**

- Es muy importante que el paciente esté informado sobre la técnica que le van a realizar, para que colabore en todo lo posible
- El paciente deberá permanecer sentado. Si no es posible, se incorporará la cabecera de la cama 45° o se colocará al paciente tumbado en decúbito lateral.



- Determinar el segmento de la sonda que se debe introducir y realizar una marca.
- Para sondas nasogástricas, es necesario introducir una longitud mínima equivalente a la distancia entre el apéndice xifoides y el lóbulo de la oreja, y desde éste hasta la punta de la nariz.
- Lubrificar el extremo distal de la sonda con el lubricante para facilitar el paso de la sonda.
- Deberá introducirla suavemente hasta la hipofaringe
- El paciente deberá hacer los movimientos deglutorios para continuar introduciendo la sonda de forma coordinada (hasta llegar a la marca realizada anteriormente)
- Retire cuidadosamente el fiador, sujetando bien la sonda
- Conecte la jeringa a la sonda e insufla 10-20 cc de aire. A continuación, coloque el fonendoscopio debajo del xifoides y escuche si se producen ruidos en el estómago. El ruido es similar al aire que entra en la cavidad abdominal.

#### **ASPIRACIÓN DE CONTENIDO GÁSTRICO:**

- Conecte la jeringa de 50 cc a la sonda y aspire suavemente
- Si el contenido es similar al jugo gástrico, la sonda está bien colocada
- Reinyecte nuevamente el contenido gástrico
- Es importante tener en cuenta que el pH puede estar alterado a consecuencia del uso de fármacos que diluyan la secreción gástrica

## FIJACIÓN DE LA Sonda:

- La sonda debe fijarse a la piel de la mejilla o de la nariz con un esparadrapo hipoalergénico, vigilando que no quede tirante ni presione sobre el ala de la nariz o la piel.
- La fijación a la nariz disminuye el riesgo de salida accidental
- 



## 2.5 ADMINISTRACIÓN DE ENEMAS

### OBJETIVOS:

Proporcionar los conocimientos necesarios para:

- Facilitar el reblandecimiento y la expulsión de las heces, estimulando el peristaltismo y favoreciendo la expulsión de gases.
- Limpiar el intestino como preparación para procedimientos diagnósticos y/o quirúrgicos.

### DEFINICIÓN:

- Enema es una solución que se introduce mediante una cánula, en el interior del recto y el colon sigmoideo, a través del ano.

### PROCEDIMIENTO:

Precauciones

- Comprobar que el paciente y la indicación del enema son los establecidos en la prescripción médica.
- Valorar las características de la zona anal y perianal (hemorroides, fístulas, cirugías previas, etc.) y la colaboración del paciente.
- Si el paciente tiene una ileostomía o colostomía, valorar las características de la misma.
- Comprobar que la solución tiene una temperatura entre 37<sup>o</sup>-40<sup>o</sup>.
- Los enemas deben administrarse siempre en la cama.
- Extremar precauciones al administrar el enema en pacientes con: o Postoperatorio inmediato de cirugía intestinal o prostática. o Arritmias.

### MATERIAL:

Comprobar la caducidad y las posibles alergias a los distintos materiales que se van a emplear:

- Guantes no estériles.
- Protector de cama.
- Sonda rectal.
- Lubricante hidrosoluble.
- Solución irrigadora.
- Sistema de irrigación si precisa y soporte de suero.
- Cuña.

- Batea y bolsa de residuos.

#### **PREPARACIÓN DEL PACIENTE:**

- Comprobar la identidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento que se va a realizar y solicitar su colaboración.
- Informar al paciente de la importancia de retener todo el tiempo posible el enema y que puede sentir molestias abdominales.
- Proporcionar intimidad.
- Colocar el protector de cama.
- Situar al paciente en decúbito lateral izquierdo con la pierna superior flexionada o posición de Sims.
- Recomendar al paciente que respire profunda y lentamente mientras dure el procedimiento.

#### **TÉCNICA:**

- Realizar lavado de manos
- Colocarse guantes no estériles.
- Conectar la sonda rectal al sistema de irrigación
- No elevar el sistema irrigador más de 45cm por encima del recto del paciente.
- Purgar el sistema y pinzarlo.
- Lubricar la sonda abundantemente.
- Separar los glúteos con una mano y visualizar el ano.
- Con la otra mano introducir la sonda suavemente de 7 a 10cm. y mantenerla sujeta.
- Abrir la pinza reguladora hasta que el líquido penetre lentamente.
- Cuando haya pasado toda la solución o el paciente no tolere más volumen de líquidos, pinzar el tubo y retirar la sonda.
- Acomodar al paciente

## 2.6 TECNICA DE VENDAJES

Procedimiento o técnica consistente en envolver una parte del cuerpo cubriendo lesiones cutáneas e inmovilizando lesiones osteoarticulares con el objetivo de aliviar el dolor y proporcionar el reposo necesario para favorecer la cicatrización de los tejidos.

### INDICACIONES DE LOS VENDAJES

- Fijar apósitos y medicamentos tópicos.
- Limitar el movimiento de la parte afectada, minimizando el dolor.
- Fijar férulas, impidiendo que se desplacen.
- Comprimir adecuadamente una zona corporal para controlar la inflamación y el edema.
- Facilitar sostén a alguna parte del cuerpo.
- Fijar en su sitio los aparatos de tracción.
- Favorecer el retorno venoso.
- Moldear zonas del cuerpo (muñones de amputación).
- Proteger la piel como prevención de lesiones.
- Contener una hemorragia.

### TIPOS DE VENDAJES VENDAJE CONTENTIVO O BLANDO:

usado para contener el material de una cura o un apósito, proteger la piel de erosiones y sostener otra inmovilización (férulas). Es frecuente la utilización de mallas de algodón. Las complicaciones más frecuentes son la infección y la maceración de las heridas por utilizar vendajes no transpirables, esto se puede evitar con una periodicidad adecuada en las curas.

**Vendaje compresivo:** Es un vendaje blando que se utiliza para obtener un gradiente de presión Se usa para:

- Ejercer una compresión progresiva a nivel de una extremidad, de la parte distal a la proximal, con el fin de favorecer el retorno venoso.
- Limitar el movimiento de alguna articulación en el caso de contusiones y esguinces de grado I, por ejemplo.
- Como método hemostático.
- Reabsorción de hematomas ya formados.
- Evitar la inflamación y el edema postraumático

**Vendaje funcional:** Realiza una inmovilización selectiva de la articulación afectada, permitiendo cierto grado de movilidad en aquellas estructuras músculo-

tendinosas no lesionadas. Se pretende limitar y disminuir los movimientos que producen dolor, reduciendo el período de inmovilización.

**2.6.1 VUELTA CIRCULAR:** Consiste en dar vueltas sobre la vuelta anterior. Se usa para iniciar y finalizar vendajes, para fijar apósitos y para contener hemorragias.



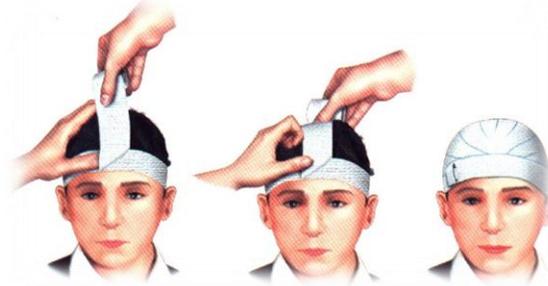
**2.6.2 VUELTA EN ESPIRAL:** Cada vuelta de la venda cubre 2/3 partes de la vuelta anterior de forma oblicua al eje de la extremidad que se está vendando. El vendaje se debe iniciar en la parte más distal, avanzando a medida que se venda, hacia la más proximal.



**2.6.3 VUELTA EN ESPIGA:** Se comienza por la zona distal de la extremidad, realizando vueltas hacia arriba y hacia abajo con una inclinación de 45° en cada una de ellas. La primera vuelta se inicia hacia arriba y la segunda hacia abajo, y así sucesivamente. Se aplicará una mayor tensión a las vueltas que se dirigen hacia arriba.



**2.6.4. VUELTA RECURRENTE:** Se utiliza fundamentalmente para los dedos, la cabeza y los muñones. Se realiza comenzando con una vuelta circular, a continuación, se lleva el rollo de venda hacia el extremo del dedo, muñón o cabeza, realizando pliegues sobre sí misma en distintas direcciones hasta completar el vendaje. Terminar con vuelta circular. En el caso de la cabeza se denomina capelina o gorro hipocrático.



## **CONCLUSIÓN**

En este manual se encuentran desarrollados los procedimientos que se llevan a cabo con mayor frecuencia.

Ya que es un servicio con las funciones más destinadas y del desenvolvimiento eficaz del personal que labora dentro del hospital y de los nuevos ingresos.

A pesar de la falta de material y equipo, el personal de enfermería se encarga de manera eficiente de cumplir con su trabajo dentro del área de urgencias y de enfrentar cualquier urgencia médica mediante la práctica y experiencia que han adquirido en diversas oportunidades que se han presentado, a un por las limitaciones existentes el personal trata de brindar los cuidados y un trato de calidad.