

74
25

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

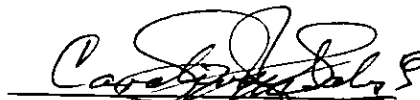
MANUAL
PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA
PARA LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN
DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRAN

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

U. N. A. M.
ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
COORDINACION DE SERVICIO
SOCIAL Y OPCIONES TERMINALES
DE TITULACION

PRESENTA
MARÍA ISABEL PINEDA SÁNCHEZ

DIRECTORA DEL TRABAJO



LIC. CAROLINA SOLÍS GUZMÁN

264713

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MÉXICO D.F., AGOSTO DE 1998



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

*Por permitirme llegar hasta
este día, al culminar de una meta
más, gracias por darme la existencia*

A MIS PADRES:

*Porque gracias a su apoyo y consejo
he logrado la más grande de mis metas que
constituye la herencia más valiosa que pudiera recibir*

A MI ESPOSO:

*Gracias por el apoyo moral y la
fuerza de motivación que me das*

A LA LIC. CAROLINA SOLÍS GUZMÁN

*Por su comprensión, interés,
entusiasmo y paciencia incondicional
que me tuvo para la realización de
este trabajo*

ÍNDICE

	Pag.
Introducción	1
Objetivos	2
1 Antecedentes el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán"	3
2 Procedimientos de Enfermería para el Área de Hospitalización	8
2.1 Lavado de manos	9
2.2 Signos vitales	12
2.2.1 Temperatura	13
2.2.2 Pulso	22
2.2.3 Respiración	24
2.2.4 Presión arterial	26
2.3 Presión venosa central	30
2.4 Administración de medicamentos	34
2.4.1 Administración Bucal	34
2.4.2 Administración por Inhalación	38
2.4.3 Administración por Instilación Oftálmica	41
2.4.4 Administración Otica	45
2.4.5 Administración Tópica Sublingual	49
2.4.6 Administración Nasal	51
2.4.7 Administración Vía Rectal	54

2.4.8	Administración Vía Vaginal	58
2.4.9	Administración Parenteral	62
2.4.9.1	Administración Intradérmica	62
2.4.9.2	Administración Subcutánea	66
2.4.9.3	Administración Intramuscular	70
2.4.9.4	Administración con Técnica en "Z"	74
2.4.9.5	Administración Intravenosa	78
2.5	Instalación de Sonda Nasogástrica	82
2.6	Aseo Vulvo Perineal	88
2.7	Instalación de Sonda Foley	93
2.8	Curación de Catéteres	100
2.9	Instalación de Venoclisis	105
3	Bibliografía	109

INTRODUCCIÓN

A medida que el tiempo pasa múltiples, y notorias modificaciones originadas por el rápido avance de los conocimientos y que para beneficio del ser humano día a día se descubren, da origen al progreso de la ciencia médica, los adelantos son tan relevantes que para efectuar los tratamiento al paciente en la actualidad, se dispone de innumerables aparatos cuya funcionalidad y precisión admiramos, lo cual requiere de un mayor incremento de recursos y en consecuencia de personal capacitado.

Esto originó la necesidad de crear un instrumento de comunicación que permita llevar a cabo las actividades técnicas con eficacia y que al mismo tiempo, sirva como medio de consulta. Ante esta necesidad se elabora el presente Manual de Procedimientos dirigido al personal de Enfermería de los Servicios de Hospitalización del Instituto Nacional de Nutrición "Dr. Salvador Zubirán".

Es importante mencionar que el manual contiene la descripción de procedimientos generales necesarios para el personal de enfermería que labora en los servicios de Hospitalización. El objetivo de este manual es unificar rutinas de trabajo y normar los procedimientos más frecuentemente realizados.

Cada procedimiento contiene un breve concepto, una lista de objetivos y una columna en donde se anotará el material y equipo a utilizar. En seguida se anotarán los pasos del procedimiento y del lado derecho la fundamentación científica para cada uno de ellos.

OBJETIVOS

- Que el personal de enfermería del Instituto Nacional de la Nutrición “Dr. Salvador Zubirán” (INNSZ) cuente con un instrumento de trabajo, que sirva como medio de consulta para coordinar armónicamente los recursos, unificar criterios y recursos técnicos que faciliten el desarrollo de las actividades, para proporcionar con eficiencia, la atención de enfermería al paciente y contribuir al logro de los objetivos del Instituto y a la superación profesional.
- Que el personal de enfermería del I.N.N.S.Z. identifique el Manual como instrumento de trabajo y lo utilice como guía en el desarrollo de sus actividades.
- Que el manual de procedimientos de enfermería para la atención al paciente hospitalizado del I.N.N.S.Z. sea de utilidad al personal de enfermería.
- Que el manual pueda contribuir en la formación académica de los estudiantes de enfermería.
- Que me permita sustentar el examen profesional.

**1.- ANTECEDENTES DEL INSTITUTO
NACIONAL DE NUTRICIÓN
DR. "SALVADOR ZUBIRAN"**

ASPECTOS GENERALES

El Instituto Nacional de la Nutrición "Dr. Salvador Zubirán" es dependiente de la Secretaría de Salud, se encuentra ubicado en Vasco de Quiroga No. 15 Col. Sección XVI Delegación Tlalpan, C.P. 14000.

Durante la gestión del Dr. Gustavo Baz, Secretario de la Secretaría de Salubridad y Asistencia se crea un programa de construcción de hospitales y la modernización de los ya existentes. En el hospital general se inicia el proyecto de la unidad de medicina interna, siendo esto el cimiento del hospital de enfermedades de la nutrición y cuyos médicos entusiastas fueron el Dr. Salvador Zubirán, Bernardo Sepúlveda, Mario Salazar y otros que se unieron más tarde. En 1948, un 12 de octubre se realiza la inauguración oficial en la Calle Dr. Jiménez, Col. Doctores.

Por la gran cantidad de demanda de los enfermos, es necesario anexar otros departamentos a parte de los ya existentes y brindar con ello una mejor atención por lo que el lugar de origen se hace insuficiente y después de varios años se le asigna el terreno en el que hoy se encuentra el Instituto.

La Institución fue promotora para que la UNAM a través de la Facultad de Medicina creara su escuela de graduados lo cual se logró con ayuda del Dr. Salvador Zubirán.

En 1980, se le nombra Director emérito al Dr. Salvador Zubirán y en homenaje a su loable labor dentro de la medicina se le denomina al Instituto Nacional de la Nutrición "Dr. Salvador Zubirán", legalmente reconocido en 1981.

Por sus características es un hospital de tercer nivel descentralizado, abierto a todo tipo de pacientes de la república, que no tengan derecho a servicio médico.

FILOSOFÍA

El Instituto Nacional de la Nutrición atiende básicamente padecimientos relacionados, englobados en dos rubros de la problemática de salud del país, las enfermedades crónico degenerativas y carenciales y los padecimientos infecciosos y parasitarios.

Todos requieren de la participación activa del paciente y el personal de salud.

Entre los padecimientos atendidos tradicionalmente en el Instituto se encuentran la Diabetes Mellitus, Obesidad, Cirrosis Hepática, Úlcera Péptica, Enfermedades Reumatológicas, Renales y padecimientos gastrointestinales, así como quirúrgicos nutricionales.

El propósito del Instituto es dar respuesta oportuna y apegada a la verdad científica a través de programas y actividades específicas a las interrogantes que surgen en la mente del individuo afectado en su salud, en la de sus familiares que desean contribuir participando activamente en el proceso de curación del enfermo, o bien, en la población que requiere de la información necesaria para preservar su salud y prevenir la enfermedad.

Es intención del departamento de enfermería seguir desarrollando proyectos generados en el mismo, así como en combinación con el resto de los departamentos del Instituto e interesados en este campo.

La división de enfermería tiene como función primordial, proporcionar atención de

calidad a todo paciente que lo solicite, utilizando eficazmente los recursos humanos, físicos y materiales necesarios, participando activamente en la elaboración o complementación de programas de educación e investigación para la atención de la salud.

OBJETIVOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICIÓN

Las actividades de investigación del Instituto Nacional de la Nutrición comprenden: Investigación en Ciencias Básica, Investigación Clínica, Investigación en Salud Pública: para mejor ciertos problemas que afectan a la población.

Planear, dirigir, controlar y evaluar las actividades técnicas, administrativas, docentes y de investigación de enfermería.

MISTICA DEL INSTITUTO

- Entrega del pensamiento y la acción sin límite de tiempo y esfuerzo.
- Imprimir profundo sentir humano a la atención de los enfermos.
- Luchar por el prestigio de la Institución antes del propio.
- Sentir orgullo de pertenecer a la Institución como el Alma Mater que alimenta nuestro espíritu con la ciencia, y señalar los caminos que nos hacen más creativos y humanos.
- Establecer lazos afectuosos de amistad con los compañeros de trabajo.
- Contribuir intencionalmente a mantener el ambiente amable con convivencia y respeto.

POLÍTICAS DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Es propósito del Departamento de Enfermería, conjuntamente con las áreas de epidemiología, atención médica y enseñanza, alcanzar un nivel de calidad que permita constituirnos en un centro de referencia; para poder apoyar a todas las instituciones de atención médica del país tanto del campo de la medicina preventiva como la asistencial.

Dar atención clínica y de laboratorio a los enfermos aislados y los que asisten a la consulta externa, logrando que la atención que se da se la mejor.

Abordar problemas nacionales que afectan a la población del país y que tienen significación biológica y comprendan al mismo tiempo aspectos sociales y de Salud Pública.

La atención de enfermería se proporcionará en los tres turnos con iguales características de calidad.

2.- PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA PARA EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN

2.1 LAVADO DE MANOS

Concepto: Procedimiento por medio del cual se asean las manos, con base en las reglas de asepsia y antisepsia.

Objetivos:

- Evitar la transmisión de los agentes infecciosos de una persona a otra o de una área a otra.
- Evitar al máximo las infecciones nosocomiales.
- Destruir y/o eliminar las bacterias o impurezas que se encuentran en las manos.

Material y Equipo:

- Lavabo con llave o pedal
- Jabón en pastilla o líquido
- Toallas desechables
- Cepillo con cerdas finas.

Precauciones:

- Mantener las uñas cortas
- Antes de iniciar el procedimiento retirarse reloj y anillos, etc.
- Conservar la piel íntegra, si se observa la piel lastimada evitar utilizar agentes químicos que laceran más la piel y hay que recordar que es una vía de entrada de microorganismos al torrente sanguíneo.

Reglas de Asepsia y antisepsia

Asepsia Médica

Asepsia: Ausencia de materia séptica; estado libre de infección. Método para prevenir infecciones por medios físicos.

Antisepsia: Conjunto de procedimientos o prácticas encomendadas a evitar al máximo la reproducción, diseminación y transmisión de microorganismos destruyéndolos por Medios Físicos o Químicos.

Comprende el cuidado en la higiene personal y desinfección de la unidad; estos procedimientos tienen como finalidad la prevención y control de las enfermedades transmisibles, siendo la enfermera el principal medio de promover la asepsia médica.

Principios generales de Asepsia:

- De arriba hacia abajo
- Del centro a la periferia
- De lo distal a lo proximal
- De limpio a sucio
- De lo menos sucio a lo más sucio

La práctica de la asepsia es importante para la enfermera ya que deberá evitar los siguientes problemas:

- Que el paciente prolongue su estancia hospitalaria.
- Evitar que en el paciente surjan infecciones asociadas por no llevar a cabo la asepsia.
- Que el paciente así como los familiares se encuentren más seguros aún encontrándose en un hospital

PROCEDIMIENTO

PASOS

FUNDAMENTACIÓN

1. Reunir el material y equipo o verificar la existencia de éste.

Para que en el momento en que se inicie el procedimiento no lo suspenda por no tener lo necesario y evitar así pasos innecesarios.
2. Abrir la llave del agua de modo que emane una corriente suave y mójese las manos hasta las muñecas.

La fricción ayuda a desprender las impurezas y microorganismos.
3. Una vez mojadas las manos aplicar suficiente jabón, frote las manos entrelazando los dedos y en seguida dorso y muñecas.

El jabón emulsiona las grasas y actúa como bactericida. Al entrelazar los dedos y frotarlos permite lavar los espacios interdigitales, lugar en el que se encuentran bacterias.
4. Frotar la punta de los dedos en la palma de las manos y para retirar lo sucio de las uñas utilizar el cepillo si se es necesario.

Al caer el agua corriente sobre las manos arrastra las bacterias e impurezas que se encuentren en las manos.
5. Enjuagar bien las manos al chorro del agua, sin desechar la pastilla del jabón, mantener las manos más abajo del nivel de los brazos que facilita la caída del agua.

Las bacterias son eliminadas al lavar correctamente las manos.

- | | |
|--|---|
| 6. Aplicar nuevamente jabón, frotar las manos siguiendo los pasos anteriores, enjuague y coloque la pastilla en su lugar. | Las bacterias son eliminadas al lavar correctamente las manos. |
| 7. Enjuáguese bien frotándose las manos hasta asegurarse que ha retirado completamente el jabón. Evite tocar el interior del lavabo. | El agua corriente elimina por acción mecánica las bacterias y elementos extraños.
Si toca el lavabo nuevamente se ensuciará de los desechos que se encuentren en éste. |
| 8. Séquese las manos con una toalla desechable y con ésta misma cierre la llave del agua. | Cerrar la llave procurando no tocar con las manos la llave ya que los microorganismos quedan nuevamente en la piel y trasladando de un sitio a otro. |

2.2 SIGNOS VITALES

La medición de los signos cuantificables reflejan el estado fisiológico del cuerpo, los signos dependen del funcionamiento de los órganos vitales para el organismo como son: cerebro, corazón y pulmones los cuales son necesarios para que exista la vida:

Los signos vitales son:

1. Temperatura
2. Pulso

3. Respiración
4. Presión
5. Presión Venosa Central

2.2.1 TEMPERATURA

VALORACIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL

Concepto: Procedimiento que se realiza para medir el grado de calor del organismo humano, en las cavidades bucal o rectal o en región axilar o inguinal. Las cifras normales van de 35.8 a 37.3°C.¹

Objetivos:

- Colaborar en el establecimiento de un diagnóstico preciso.
- Corroborar la presencia de fiebre.
- Determinar las variaciones de la temperatura y contribuir en el diagnóstico preciso.

Material y equipo:

- Charola
- Termómetro (bucal o rectal)
- Solución antiséptica
- Recipiente con solución jabonosa
- Pluma (color según turno)
- Bolsa para material de desecho
- Hoja de registros clínicos
- Lubricante

¹ Brunner Sholtis Liliana. Manual de la Enfermera. Editorial Interamericana, 4ta. edición, México D.F. 1991, pp. 19

Precauciones:

- Verificar que el termómetro se encuentre en buen estado
- Al tomar la temperatura bucal asegurarse que el paciente no esté tomando bebidas calientes
- Separar en recipientes los termómetros bucales de los rectales.
- En procesos patológicos rectales evitar la temperatura en esta región.
- Para bajar la columna de mercurio, se toma el termómetro entre el pulgar índice y medio y se sacude hacia abajo.

PROCEDIMIENTO PARA MÉTODO BUCAL

PROCEDIMIENTO

PASOS

FUNDAMENTACIÓN

- | | |
|--|--|
| 1. Lavarse las manos. | Para reducir la cantidad de microorganismos patógenos que afecta a los pacientes hospitalizados evitando así las infecciones nosocomiales. |
| 2. Explicar al paciente la técnica a realizar y si hay dudas aclararlas. | Para que colabore con nosotros y calmemos su temor. |
| 3. Reunir el material y equipo y trasladarlo a la unidad del paciente. | Al trasladar el material a la unidad evitaremos la pérdida de tiempo. |

4. Confirmar con el paciente que no haya ingerido alimentos o practicado algún ejercicio en los últimos 30 minutos. Ya que las bebidas calientes modifican las cifras que nos da el termómetro.
5. Retirar del termómetro el exceso de solución antiséptica. Enjuagarlo con agua y retirar el antiséptico ya que estos pueden irritar las mucosas y tienen sabor desagradable.
6. Lea el termómetro para asegurarse que la columna de mercurio registre menos de 35°C. Se coloca el termómetro a la altura de los ojos y girarlo hasta localizar con claridad la línea de mercurio, la lectura será la correcta.
7. Colocar el bulbo del termómetro debajo de la lengua del paciente, indicarle lo sostenga con los labios y dejarlo durante 3 minutos.² Ya que la región mas vascularizada de la boca se encuentra debajo de la lengua. El mercurio es un metal extremadamente sensible al calor lo que permite se eleve la columna de mercurio en escasos 3 minutos y registre la temperatura.
8. Retire el termómetro de la boca del paciente, limpie la saliva con una torunda. Tomando en cuenta los pasos de asepsia de limpio a sucio en este caso lo sucio es el bulbo y lo limpio es el resto del termómetro.

² Añorve López Raquel. Manual de Procedimientos esenciales de fundamentos de enfermería. México D.F. 1984 pp. 84.

- | | |
|--|--|
| 9. Leer el termómetro y retener la cifra en la mente mientras se registra. | La lectura se realiza colocando el termómetro hacia la luz para localizar con claridad la columna de mercurio y la cifra en la que se encuentra. |
| 10. Colocar en solución jabonosa el termómetro. | Ya que el jabón actúa como germicida en los objetos contaminados. |
| 11. Dar las gracias al paciente. | Por su cooperación. |
| 12. Registrar la temperatura en la hoja correspondiente. | Para llevar un control térmico del paciente (siempre color rojo) |
| 13. Retirar la charola con el material y equipo de la unidad del paciente. | Para dejar en orden la unidad del paciente. |
| 14. Lavar el termómetro con cepillo y jabón al chorro del agua fría y secarlo. | Se utiliza agua fría ya que la caliente sensibiliza al mercurio y puede inutilizar el termómetro. |
| 15. Dejar lo utilizado en orden y en el sitio adecuado. | Una vez limpio el equipo y en orden colocarlo en el sitio adecuado ahorra tiempo y energía a la enfermera en el momento en que se vuelve a utilizar. |

PROCEDIMIENTO PARA MÉTODO AXILAR

PROCEDIMIENTO

PASOS	FUNDAMENTACIÓN
1. Lávese las manos.	Para evitar las infecciones cruzadas.
2. Informar al paciente lo que se realizará.	Para que colabore con nosotros.
3. Reunir el material y equipo y trasladarlo a la unidad del paciente.	Para evitar la pérdida de tiempo así como pasos innecesarios.
4. Limpie la axila con la ropa del paciente.	Ya que la humedad hace más retardada la acción del calor sobre el mercurio.
5. Retirar con una torunda seca el exceso de antiséptico del termómetro.	Ya que hay personas que son susceptibles a los antisépticos y pueden presentar reacciones dermatológicas.
6. Lea el termómetro para asegurarse que la escala de mercurio registre menos de 35°C.	Para una buena lectura.

7. Colocar el termómetro en la axila y pedir al paciente lo sostenga con el brazo durante 5 minutos.³

La temperatura periférica la registra el termómetro en mayor tiempo. Se deberá asegurar que el bulbo del termómetro esté en contacto directo con la axila evitando así el registro de temperatura falsa.
8. Retirar el termómetro de la axila y limpiarlo con una torunda seca.

Siguiendo las bases de asepsia de limpio a sucio, una vez que se limpió, colocar la torunda en la bolsa de desechos.
9. Leer el termómetro colocándolo a la altura de los ojos horizontalmente.

Para realizar una correcta lectura y a la luz para observar la columna de mercurio.
10. Depositar el termómetro en solución jabonosa.

Ya que el jabón actúa como medio mecánico de arrastre.
11. Dar las gracias al paciente.

Para que en otra ocasión colabore con nosotros y así se logra aminorar la existencia de la barrera enfermera-paciente.
12. Reunir el material y equipo utilizado y sacarlo de la unidad del paciente dejándolo cómodo.

Para que se sienta más en confianza y su unidad se encuentre en orden.

³ Añorve López Raquel. Manual de procedimientos esenciales de fundamentos de enfermería. México D.F. 1984, pp. 86.

- | | |
|---|---|
| 13. Registrar la cifra en la hoja de registros clínicos. | Para llevar un control térmico del paciente. |
| 14. Lavar el termómetro con jabón y enjuagarlo al chorro del agua fría. | Para eliminar los microorganismos por arrastre mecánico. |
| 15. Colocar el termómetro en solución antiséptica. | Por lo menos 2 horas, esto garantiza la destrucción de microorganismos. |

PROCEDIMIENTO PARA MÉTODO RECTAL

PROCEDIMIENTO

PASO	FUNDAMENTACIÓN
1. Lavarse las manos.	Para evitar las infecciones cruzadas.
2. Informar al paciente de lo que se le va a realizar.	La información da seguridad y confianza al paciente y se logra así su colaboración según le sea posible.
3. Preparar el material y equipo a utilizar y trasladarlo a la unidad el paciente.	Esto para evitar pérdida de tiempo y vueltas innecesarias.
4. Colocar al paciente en posición de Sims.	Esta posición facilita la localización del ano y permite la introducción cuidadosa y correcta del termómetro.

5. Retirar el exceso de solución antiséptica del termómetro con una torunda.

La acción química del antiséptico puede irritar la mucosa y causar molestias al paciente.
6. Asegurarse que la columna de mercurio se encuentre registrando menos de 35°C.

Para que el registro de la temperatura sea la correcta.
7. Colocarle al bulbo del termómetro lubricante.

El lubricante disminuye la fricción y facilita la introducción del termómetro en el orificio rectal.
8. Separar el surco interglúteo e introducir el termómetro 3 minutos, 3 centímetros en el recto y sostenerlo.⁴

Los 3 centímetros son recomendados para que el termómetro se encuentre en el recto. Se sostiene para evitar que sea expulsado.
9. Retirar el termómetro, limpiarlo con una torunda.

El lubricante puede impedir la lectura correcta del termómetro, se limpia siguiendo las bases de asepsia de limpio a sucio.
10. Leer el termómetro.

Colocándolo horizontalmente a la altura de los ojos para que sea correcta la lectura.

⁴ Añorve López Raquel. Ibidem, pág. 88.

11. Depositar el termómetro en solución jabonosa. Ya que actúa como saponificador de las grasas y tiene una acción de arrastre mecánico.
12. Dar las gracias y dejar cómodo al paciente. Con esto reducimos la barrera enfermera-paciente y se logra una mejor comunicación entre ambos.
13. Lave el termómetro con jabón y enjuague al chorro del agua. Al enjuagar al chorro del agua se logra el desprendimiento de material adherido al termómetro y caen por arrastre.
14. Colocar el termómetro en solución antiséptica. Esto garantiza la destrucción de microorganismos.
15. Dejar limpio y en orden el material y equipo utilizado. Para que en otra ocasión no se pierda tiempo en ésta buscando el material.
16. Hacer las anotaciones correspondientes. En la hoja de registros clínicos para llevar un control térmico del paciente.

2.2.2 PULSO

Concepto: Es el resultado de la expansión y retracción de las paredes de los vasos arteriales, producida por la sístole y diástole cardíaca. Cifras normales 70 a 90 latidos en reposo.⁵

Objetivos:

- Colaborar en el establecimiento de un diagnóstico preciso.
- Dar atención al paciente según sus necesidades.
- Identificar alteraciones en el pulso.

Material y Equipo:

- Reloj con segundero.
- Hoja de Registros clínicos.
- Pluma color según turno.

Recomendaciones:

- Tomar el pulso cuando el paciente se encuentre en reposo.
- Utilizar los dedos índice, medio y anular para evitar que si se toma con el pulgar se confundan las pulsaciones de este con la del paciente.
- Tomar el pulso durante 2 minuto completo.

⁵ Gerard J. Tortora. Principios de Anatomía y fisiología . Quinta Edición. Editorial Harla. México D.F. 1981, pág. 637.

PROCEDIMIENTO

PASOS	FUNDAMENTACIÓN
1. Informar al paciente del procedimiento.	El paciente se tranquiliza si se le explica y hay menos modificación en los latidos, sea la emoción que tenga.
2. Lavarse las manos.	Para evitar la diseminación de microorganismos y el surgimiento de infecciones cruzadas.
3. Con los dedos medio, índice y anular de la mano dominante se palpa la arteria, presionando ligeramente para contar las pulsaciones emitidas durante un minuto.	Se oprimirá ligeramente ya que si es mucha la presión se modificará la cifra real del pulso y entonces no se detectarán alteraciones que afectan a nuestro paciente. Por 1 minuto para encontrar alguna alteración.
4. Dejar cómodo al paciente y dar las gracias.	Como una muestra del trato humanitario que da la enfermera y para que en otra ocasión colabore con nosotros. También rompiendo con la barrera enfermera- paciente.
5. Realizar las anotaciones correspondientes en la hoja de registros clínicos.	Para llevar un control de nuestro paciente y por lo tanto del tratamiento a darse.

NOTA: La respiración se contará inmediatamente después de registrar el pulso sin retirar los dedos para que el paciente no se de cuenta y modifique la respiración.

2.2.3 RESPIRACIÓN

Concepto: Es un proceso mediante el cual se inspira y espira aire de los pulmones para introducir oxígeno y eliminar dióxido de carbono, agua y otros producto de desecho. Los valores normales son de 16 a 22 x minuto.⁶

Objetivos:

- Colaborar en el diagnóstico y tratamiento médico.
- Proporcionar atención de enfermería oportuna y eficaz.
- Detectar las características y variaciones de la respiración.

Material y Equipo:

- Reloj con segundero
- Hoja de registros
- Pluma color según turno.

Recomendaciones:

- Contar la respiración durante un minuto.
- Contar la respiración sin que el paciente se de cuenta.
- Contar las respiraciones sin retirar los dedos del brazo cuando se tome el pulso.

⁶ Añorve López Raquel. Ibidem. pág. 81.

PROCEDIMIENTO

PASOS

FUNDAMENTACIÓN

1. Colocar el brazo del paciente sobre su tórax y apoye los dedos sobre la arteria radial igual que cuando se toma el pulso.
Es la forma correcta para contar las respiraciones sin que se de cuenta el paciente y las modifique.
2. Contar y observar los movimientos respiratorios durante un minuto.
Se observa el tórax del paciente así como los movimientos inspiratorios y espiratorios.
3. Dejar cómodo al paciente y dar las gracias.
Para que se sienta en confianza y colabore con nosotros.
4. Realizar las anotaciones correspondientes.
En la hoja de registros clínicos para llevar un control del paciente.

2.2.4 PRESIÓN ARTERIAL

Concepto: Es la fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes arteriales. La presión arterial está determinada por dos factores: la cantidad de sangre bombeada por el corazón en un minuto y la resistencia ejercida por los vasos arteriales hacia el flujo sanguíneo.

a) La presión sistólica o presión máxima, es la fuerza con la cual la sangre es expulsada a las arterias, fuerza producida por la contracción ventricular, las cifras normales manejadas se sitúa entre 100 y 140 mmHg.⁷

b) La presión diastólica o presión mínima, corresponde a la fase de relajación del corazón. Las cifras que se manejan se sitúan entre 70 y 90 mmHg.⁸

Objetivos:

- Colaborar en el establecimiento de un diagnóstico preciso.
- Valorar la existencia de alteración cardiovascular.
- Participar en el tratamiento del paciente.

Material y Equipo

- Estetoscopio, Esfignomanómetro que este empotrado. (Fig. 1)
- Hoja de registros clínicos
- Pluma del color según turno. (Rojo-noche, Verde-tarde, azul-mañana)

Precauciones

- Anotar en la hoja de Registros Clínicos la posición en la que se registra la presión arterial.

⁷ Wolff -Weutzek . Zoimow – Z. Sohar. Curso de Enfermería moderna. Séptima edición. Editorial Haría. México D.F. 1988, pp. 414.

⁸ Ibidem.

- No checar más de 2 veces la presión arterial en un mismo brazo.
- Preguntar al paciente si recuerda que presiones ha manejado.

PROCEDIMIENTO

PASOS	FUNDAMENTACIÓN
1. Lavarse las manos.	Para evitar al máximo las infecciones cruzadas.
2. Explicar al paciente la maniobra.	La información da seguridad y confianza al paciente y colabora con nosotros según le sea posible.
3. Reunir el material y equipo y trasladarlo a la unidad del paciente.	Para evitar pérdida de tiempo y vueltas innecesarias.
4. Colocar el brazo del paciente extendido y apoyado en una superficie rígida.	El mantener el brazo en el aire, modificará la cifra, ya que realiza fuerza para mantenerlo extendido, por tal motivo se debe de apoyar sobre una superficie rígida.
5. Colocar el brazalete y fijarlo. Localizar por palpación la arteria braquial y situar la cápsula del estetoscopio sobre este punto.	Se localiza el punto para evitar la pérdida de tiempo y para tener la certeza de que se está registrando en la arteria indicada.

6. Colocar los auriculares del estetoscopio en el conducto auditivo externo.

La enfermera se colocará los auriculares del estetoscopio en el conducto auditivo externo para escuchar los latidos que determinan la presión arterial.
7. Cerrar la válvula de aire e insuflar la perilla hasta una cifra de 20 mmHg por arriba de la presión sistólica que normalmente maneje al paciente.

Para que al comprimir la arteria se evite el libre flujo de ella sangre, y permita escuchar los latidos que determina la cifra que presente el paciente.
8. Dejar salir el aire lentamente para escuchar los latidos, el primero será el de la presión sistólica y el último el de la presión diastólica.

Abrir la válvula y dejar salir el aire lentamente y esto permite escuchar bien los latidos; en la presión sistólica, la arteria iguala o sobrepasa la presión ejercida del brazalete y en la presión diastólica la sangre corre libremente dentro de la arteria.
9. Dejar cómodo al paciente y dar las gracias.

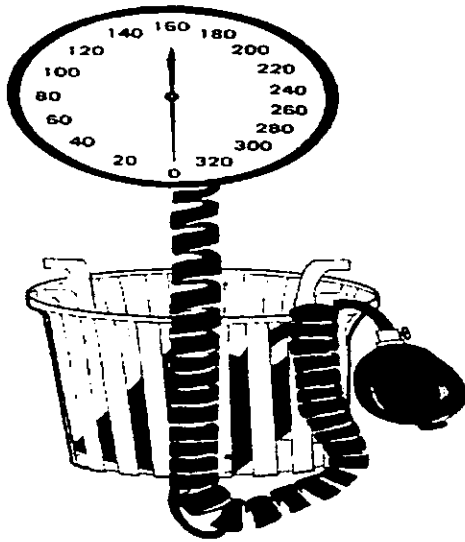
Para reducir la barrera enfermera-paciente y que tenga confianza en nosotros dándose una comunicación entre la enfermera y su paciente.
10. Retirar el equipo utilizado y dar cuidados posteriores.

Para mantener en orden el cubículo del paciente y dejarlo en su lugar.

11. Anotar los resultados en la hoja de Registros Clínicos. Para llevar un control del enfermo y observar el estado de salud y su evolución.

NOTA: En los casos que no sea posible registrar la presión arterial por auscultación se realizará con ayuda de la palpación.

FIG. 1 ESFIGNOMANÓMETRO



Fuente: Fotografía tomada del libro Tratado de Enfermería Práctica B.W. Du Gas.
pag. 115

2.3 PRESIÓN VENOSA CENTRAL

Concepto: Es la medición en centímetros de agua de la presión en vena cava o aurícula. derecha, usando un catéter introducido en la vena subclavia. Cifras normales de 7 a 12 cm. de H₂O.

Objetivos:

- Colaborar en el establecimiento de un Diagnóstico Preciso.
- Determinar las variaciones de PVC y contribuir en el tx. indicado.
- Brindar atención al paciente según sus necesidades.
- Evaluar la eficacia del Bombeo del Corazón.

Material y Equipo

- Equipo para P.V.C. desechable (el cual se cambia c/72 hrs.)
- Escala de P.V.C. con numeración grabada.
- Hoja de registros clínicos
- Pluma del color según turno. (Rojo-noche, Verde-tarde, azul-mañana)

Recomendaciones

- Anotar en la hoja de Registros Clínicos la posición en la que se registra la P.V.C.
- Si tuviera apoyo ventilatorio desconectarlo para llevar a cabo el procedimiento de registro de P.V.C.

NOTA: Sólo cuando ya el paciente esté en la posición adecuada y se tenga el equipo listo se desconectará el respirador y se procederá inmediatamente al registro en cuanto se obtenga la cifra se conectará nuevamente el respirador.

PROCEDIMIENTO

PASOS	FUNDAMENTACIÓN
1. Lavarse las manos.	Para evitar las infecciones cruzadas y contribuir con ello a la prevención de las infecciones nosocomiales.
2. Informar al paciente del procedimiento a realizar.	Para lograr que tenga confianza en nosotros y se sienta seguro.
3. Reunir el material y equipo a utilizar y trasladarlo a la unidad del paciente.	Para evitar pérdida de tiempo así como dar vueltas innecesarias.
4. Verificar que el catéter central funcione correctamente.	Para que al registrar la PVC esta sea la correcta y no de valores falsos.
5. Checar que se encuentre el equipo de PVC desechable unido a la solución del paciente.	Para evitar pérdida de tiempo y que haya desconfianza en el paciente por no tener lo necesario para el procedimiento.
6. Una vez que el equipo se encuentra unido a la solución del paciente, purgar para que no tenga aire.	Al administrar aire al paciente se puede provocar una embolia gaseosa y obstaculizar la cifra de PVC.

7. Colocar al paciente en decúbito dorsal y sin almohada.

Esta posición permite el registro correcto de la PVC ya que la aurícula derecha se tonifica punto cero para la medición.
8. Mantener la varilla de la PVC en su punto cero a nivel de la aurícula derecha. (Fig. 2)

Ya que es la presión que se medirá en este lugar.
9. Girar la llave de 3 vías para permitir el paso de la solución de la escala al paciente.

De esta forma se iniciará el descenso de la solución en la escala para la medición de la PVC.
10. Observar el punto en el que deja de descender el líquido a la escala.

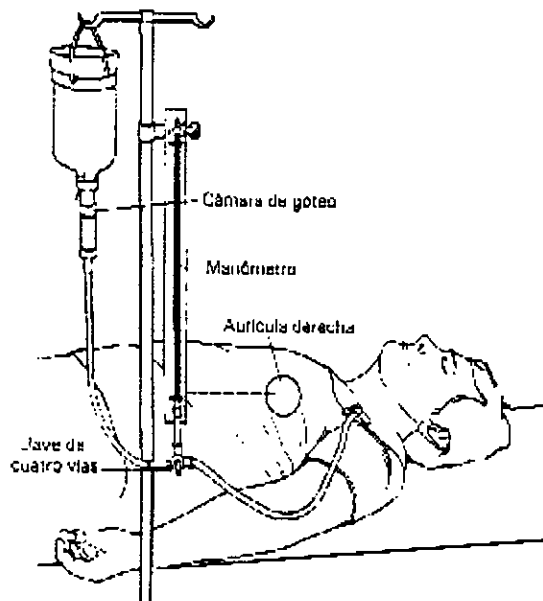
El líquido de la escala deja de descender hasta que la presión hidrostática es igual a la PVC del paciente.
11. Cerrar el paso de la solución de la varilla de PVC al paciente y abrir el paso de la solución de base al paciente.

Con ayuda de la llave de 3 vías dejar el goteo correcto de la solución de base del paciente para evitar se atrase o se tape el catéter y quede permeable.
12. Dejar cómodo al paciente y darle las gracias.

Para que éste se encuentre más a gusto y en otra ocasión colabore hasta donde le sea posible.

13. Si hay material que se deseeche tirarlo y dejar en orden el cubículo del paciente. El mantener en orden el cubículo ayuda a que el paciente tenga una impresión de que es importante para la enfermera y se sienta más cómodo.
14. Realizar las anotaciones en la hoja de Registros Clínicos. Para llevar un control de la PVC que tiene el paciente y evaluar así su estado de hidratación.

FIG. 2 FORMA ADECUADA PARA VALORACIÓN DE PVC



Fuente: Fotografía tomada del libro Técnicas de Enfermería L. Wieck E.M. King M. Dyer. pag. 280

2.4 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Concepto: Es el procedimiento mediante el cual se administran al paciente los medicamentos de su tratamiento indicados por el médico para colaborar en el restablecimiento de su salud.

Las vías son:

- Bucal
- Por inhalación
- Administración por instilación (Oftálmica, Ótica y Nasal)
- Parenteral:
 - Intradérmica
 - Subcutánea
 - Intramuscular y en "Z"
 - Intravenosa

2.4.1 ADMINISTRACIÓN BUCAL

Concepto: Es el procedimiento de administrar medicamentos líquidos o sólidos para ser absorbido a través del tracto gastrointestinal. (Fig. 3)

Objetivos:

- Contribuir en el tratamiento del paciente.
- Observar alguna reacción no esperada en el paciente.

Material y Equipo

- Cardex de control de medicamentos.
- Charola para la preparación de medicamentos
- Medicamentos preescritos

- Vasos graduados
- Pluma color según turno.

Precauciones

* Administrar medicamentos siguiendo los 5 pasos correctos, son:

- Medicamento correcto
- Dosis correcta
- Vía correcta
- Paciente correcto
- Hora correcta

Aplicación de la Regla de Oro:

- Verificar el medicamento al bajarlo o tomarlo del anaquel (En este caso del carro de medicamentos).
- Verificar la fecha de caducidad del medicamento.
- Verificar que el medicamento sea el correcto.
- Conocer indicaciones y contraindicaciones del medicamentos a administrarse.

PROCEDIMIENTO

PASOS

FUNDAMENTACIÓN

- | | |
|---|--|
| 1. Verificar los medicamentos prescritos por el médico y actualizar los Cardex. | Actualizar los cardex con las últimas órdenes médicas, para evitar errores en cuanto a la dosis, vía y hora del medicamento prescrito. |
|---|--|

2. Explicar brevemente al paciente que se le administrarán medicamentos y la función que desempeña en su cuerpo.

Esta explicación permitirá que tenga confianza en nosotros y coopere según le sea posible.
3. Lavarse las manos y preparar los medicamentos en la charola.

Por medio del lavado de manos se eliminan microorganismos lo que evita que al preparar medicamentos se contaminen y entren al tracto gastrointestinal lo que provocaría una infección más al paciente.
4. Trasladar la charola con los medicamentos prescritos a la unidad del paciente.

Para evitar pérdida de tiempo en vueltas innecesarias.
5. Retirar el equipo utilizado y dejar cómodo al paciente.

Para dejar en orden la unidad del paciente y que se sienta en confianza con nosotros.
6. Anotar el medicamentos administrado en la hoja de registros clínicos.

Para llevar un control del medicamento administrado y de la mejoría que éste le proporciona al paciente según su estado y evolución de la salud.
7. Lavarse las manos antes de salir del cubículo.

Para evitar la diseminación de microorganismos patógenos en otras áreas del servicio.

FIG. 3 FORMAS DE ADMINISTRAR MEDICAMENTOS VÍA ORAL



Fuente: Fotografías tomadas del libro Técnicas de Enfermería L. Wieck E.M. King.
M. Dyer. pag. 489

2.4.2 ADMINISTRACIÓN POR INHALACIÓN

Concepto: Procedimiento para administrar medicamentos en estado gaseoso o de vapor para ser absorbidos a través del aparato respiratorio.

Objetivos:

- Colaborar en el tratamiento específico del paciente.
- Observar la evolución del estado de salud del paciente.

Material y Equipo:

- Medicamento prescrito.
- Cardex de control de medicamentos.
- Charola para preparar medicamentos.

Precauciones:

* Administrar medicamentos siguiendo los 5 pasos correctos, son:

- Medicamento correcto
- Dosis correcta
- Vía correcta
- Paciente correcto
- Hora correcta

Aplicación de la Regla de Oro:

- Verificar el medicamento al bajarlo o tomarlo del anaquel.
- Verificar la fecha de caducidad del medicamento.
- Verificar que el medicamento sea el correcto.
- Conocer indicaciones y contraindicaciones del medicamentos a administrarse.

PROCEDIMIENTO

PASOS

FUNDAMENTACIÓN

1. Actualizar el Cardex con las indicaciones médicas.
El médico continuamente realiza cambios en cuanto a: medicamentos, dosis, soluciones, etc. por lo que se debe de actualizar los cardex una vez por turno.
2. Explicar al paciente brevemente el procedimiento a realizar.
Para calmar la ansiedad que esto le pueda provocar y que colabore con nosotros según le sea posible.
3. Lavarnos las manos.
Para evitar la diseminación de microorganismos patógenos que afecten la salud del paciente.
4. Reparar el medicamento según las indicaciones médicas.
Al actualizar el cardex se verifica el nombre del medicamento prescrito que se ministrará.
5. Administrar el medicamento.
Este tipo de medicamentos tiene un dosificador lo que ayuda a evitar el desperdicio del medicamento, se pide al paciente abra la boca y espire lo que ayudará a que el medicamento entre en el tracto respiratorio y logre la acción que se espera.

6. Dejar cómodo al paciente y darle las gracias. Para que confíe en nosotros y en otra ocasión colabore con nosotros según le sea posible.
7. Retirar el material utilizado. Para mantener en orden el cubículo lo que da una impresión al paciente de limpieza y seguridad de lo que se realiza.
8. Hacer las anotaciones en la hoja de registros clínicos. Para llevar un control del medicamento administrado y observar la acción que éste causa al paciente según su acción esperada.

2.4.3 ADMINISTRACIÓN POR INSTILACIÓN OFTÁLMICA

Concepto: Es la serie de acciones que permiten la aplicación gota a gota de un medicamento en una superficie o cavidad orgánica.

Objetivos:

- Aliviar molestias locales
- Reblandecer o reseca secretiones acumuladas
- Dar un tratamiento para mejorar el estado de salud.

Material y Equipo:

- Contar con el medicamento prescrito
- Torundas de algodón
- Papel higiénico
- Charola para preparar medicamentos
- Soluciones estériles
- Pluma de color según turno
- Hoja de registros clínicos

Precauciones:

No propagar infección en ambos ojos utilizar frascos para cada ojo. Tomar en cuenta los 5 correctos que son:

- Verificar el medicamento correcto
- Verificar dosis correcta.
- Vía correcta
- Paciente correcto
- Hora correcta

Aplicar la Regla de Oro:

- Verificar que le medicamento sea el correcto al tomarlo del carro de medicamentos.
- Verificar fecha de caducidad
- Verificar nuevamente que sea el medicamento indicado.
- Conocer indicaciones y contra indicaciones del medicamento

PROCEDIMIENTO

PASOS	FUNDAMENTACIÓN
1. Actualizar el cardex con los medicamentos prescritos por el médico	Actualizar los cardex, permite a la enfermera corroborar los medicamentos prescritos por el médico para que la evolución del estado de salud del paciente sea buena.
2. Explicar al paciente el procedimiento a realizar	La reacción emocional que el paciente presente, se relaciona con el tipo de orientación que se le de y la forma en la que él colabore con nosotros según le sea posible.
3. Lavarse las manos	Para eliminar la flora patógena que pueda provocar infección en el paciente.
4. Reunir el material y equipo y traslado a la unidad del paciente	Para evitar pérdida de tiempo y vueltas innecesarias.

5. Llenar el gotero con la solución o medicamento prescrito
Para tener un control de la cantidad de medicamento que se tiene que administrar.
6. Colocar al paciente en Posición fowler o en decúbito dorsal y pedir al paciente mantenga abiertos los ojos para la aplicación de medicamentos
Esta posición impide el derrame de la solución o medicamento por gravedad.
7. Realizar asepsia del área, aplicar la dosis correcta del medicamento, sostenido perpendicularmente el gotero. (Fig. 4)
Eliminar lagrimas ya que esta impiden el contacto de la solución o medicamento con la mucosa correspondiente y por lo tanto que se de la acción deseada.
8. Limpiar el exceso de medicamento o solución y mantener al paciente en reposo de 2 a 5 minutos⁹
Se retira el exceso de solución para evitar se derrame por la cara, el tiempo es corto ya que la acción es del medicamento es local y se difunde rápidamente.
9. Dejar cómodo al paciente y retirar el equipo y material utilizado y darle las gracias.
Para que otra ocasión colabore con nosotros y se encuentre en orden su cubículo para que se sienta en confianza.

⁹ Rosales Barrera Susana. Fundamentos de Enfermería M.D.T. Editorial Manual Moderno 1991. p. 324

10. Realizar las anotaciones correspondientes en la hoja de registros clínicos Para llevar un control del medicamento Administrado y tomar en cuenta el tiempo que se ha estado aplicando así como verificar si hay evolución favorable del estado de salud del paciente y la existencia de reacciones inesperadas.

FIG. 4 FORMA DE ADMINISTRAR MEDICAMENTOS POR VÍA OFTÁLMICA



Fuente: Fotografía tomada del libro Técnicas de Enfermería. Wieck. E.M. King M Dyer. pag. 494.

2.4.4 ADMINISTRACIÓN OTICA

Concepto: Serie de acciones que permiten la aplicación gota a gota de un medicamento en una superficie orgánica.

Objetivos:

- Colaborar en el tratamiento del paciente
- Aliviar molestias locales.

Material y Equipo:

- Medicamento indicado
- Gotero
- Charola para preparación de medicamentos
- Pluma color según turno
- Hoja de registros clínicos

Precauciones:

- Verificar la existencia de Medicamentos
- Evitar que el conducto externo toque al gotero

Administrar los medicamentos basados en los 5 correctos.

- Medicamento correcto
- Dosis correcta
- Hora correcta
- Paciente correcto
- Vía correcta

Aplicar la Regla de Oro:

- Verificar el medicamento al tomarlo de carro de medicamentos
- Verificar fecha de caducidad
- Verificar que el medicamento sea el correcto
- Conocer indicaciones y contraindicaciones del medicamento

PROCEDIMIENTO

PASOS	FUNDAMENTACIÓN
1. Actualizar el cardex con las indicaciones médicas	Para que los medicamentos prescritos por el médico sean los que se administran y logren la acción esperada.
2. Informar al paciente de lo que se va a realizar	Con esta breve información se tratará de aminorar la ansiedad del paciente y explicar la manera en la que puede contribuir con nosotros.
3. Lavarnos las manos	Para eliminar los microorganismos patógenos que afectan al paciente y evitar así las infecciones cruzadas.
4. Preparar material y equipo trasladarlo a la unidad del paciente (llenar el gotero con el medicamento)	Para evitar pérdida de tiempo y vueltas innecesarias.

- | | |
|---|---|
| 5. Realizar asepsia de la cavidad con un cotonete. | Ya que el cerumen impide que el medicamento tenga contacto con la mucosa y realice la acción deseada. |
| 6. Colocar al paciente en decúbito lateral o sedente y administrar el medicamento. (Fig. 5) | Esta posición facilita una dirección recta del conducto auditivo externo. |
| 7. Retirar el exceso, dejar cómodo al paciente y darle las gracias. | Se retira el exceso para evitar se derrame el medicamento fuera del conducto auditivo y que no se absorba para obtener el efecto deseado. Se deja cómodo al paciente lo que es prueba objetiva de que el paciente es tomado en cuenta como ser humano y no como un enfermo más. |
| 8. Retira el material utilizado del cubículo | Para mantener en orden el cubículo |
| 9. Realizar las anotaciones correspondientes | En la hoja de registros clínicos se anota el medicamento para llevar un control de cada paciente y observar su evolución. |

FIG. 5 FORMA CORRECTA DE ADMINISTRAR EL MEDICAMENTO



Fuente: Fotografía tomada del libro Técnicas de Enfermería L. Wieck E.M. King M. Dyer. pag. 495.

2.4.5 ADMINISTRACIÓN TÓPICA SUBLINGUAL

Concepto: Es la administración de un medicamento en un sitio irrigado, utilizado para obtener un resultado inmediato.

Objetivos:

- Colaborar en el tratamiento del paciente
- Mejorar el estado de Salud rápidamente aminorando sus molestias en un lapso de tiempo corto.

Material y equipo:

- Charola con el medicamento
- Hoja de registros clínicos
- Pluma de color según turno
- Cardex

Precauciones:

- Verificar la existencia del medicamento
- Verificar la vía de administración del medicamento

PROCEDIMIENTO

PASOS	FUNDAMENTACIÓN
1. Actualizar el cardex	Para dar el tratamiento adecuado e indicado por el médico y contribuir así a la mejoría del paciente.

2. Explicar al paciente el procedimiento
Para calmar su ansiedad información de los beneficios del medicamento para su salud.
3. Lavarse las manos
Para eliminar microorganismos patógenos que provoquen infección al paciente al tocar el medicamento con las manos sucias.
4. Trasladar el medicamento en la charola al cubículo del paciente
Para evitar pérdida de tiempo en vueltas innecesarias.
5. Colocar la tableta bajo la lengua para que ahí se absorba
Bajo la lengua existen abundantes vasos sanguíneos que permiten la rápida absorción del medicamento para que realice su acción esperada.
6. Dar la gracias al paciente y dejarlo cómodo
Como muestra de la importancia que el paciente tiene como ser humano y que la enfermera lo vea como un ser viviente que merece respeto.
7. Realizar las anotaciones pertinentes en la hoja de registros clínicos
Para llevar un control de los medicamentos prescritos y si estos ayudan a una mejoría para el paciente.

2.4.6. ADMINISTRACIÓN NASAL

Concepto: Es la administración de un medicamento líquido en las fases nasales para lograr un efecto local en éstos.

Objetivos:

- Dar el tratamiento adecuado al paciente según sus necesidades
- Valorar la evolución del estado de salud del paciente.

Material y Equipo:

- Medicamento indicado
- Papel higiénico
- Charola para preparación de medicamentos
- Hoja de registros clínicos
- Pluma color según turno

Recomendación:

- Verificar la existencia del medicamento.

PROCEDIMIENTOS

PASOS	FUNDAMENTACIÓN
1. Actualizar el cardex	Para dar el tratamiento adecuado del paciente y contribuir a la mejoría de su edad de salud.
2. Explicar al paciente el procedimiento a realizar	Para calmar su ansiedad informarle la forma en que puede colaborar con nosotros.

3. Lavarse las manos
Para eliminar microorganismos patógenos que causan infecciones en los pacientes.
4. Preparar el material y equipo y trasladarlo a la unidad del paciente
Para evitar pérdida de tiempo en vueltas innecesarias.
5. Pedir al paciente mantenga su cabeza en hiperextensión e instalar el medicamento.
Esto facilita el acceso a las ventanas nasales y ayuda a verificar que el medicamento logre la acción esperada en el lugar correcto.
6. Mantener al paciente en decúbito dorsal de 2 a 3 minutos
Para permitir el medicamento logre su absorción y la acción deseada.
7. Retirar el exceso de medicamento con un pañuelo desechable o gasa no estéril.
Para que no escurra el medicamento lo que incomodaría al paciente.
8. Dejar cómodo al paciente y dar las gracias
El dejar cómodo al paciente permite que descanse y recupere o mantenga su estado de salud en el nivel óptimo. Como prueba de aprecio y la importancia que tiene como ser humano.

9. Retirar el material utilizado

Para mantener en orden el cubículo del paciente y contribuir para que se sienta en confianza con nosotros.

10. Realizar las anotaciones correspondientes en la hoja de registros clínicos

Para llevar un control de los medicamentos administrados y la mejoría que estos traen para nuestro paciente.

2.4.7 ADMINISTRACIÓN POR VÍA RECTAL

Concepto: Es la administración de un medicamento en estado sólido para ser absorbido a través de la mucosa anal.

Objetivos:

- Colaborar en el tratamiento del paciente al darlo al paciente.
- Brindar atención de calidad al paciente según sus necesidades.

Material y Equipo:

- Guantes desechables
- Supositorio descrito
- Jalea lubricante
- Hoja de registros clínicos
- Pluma color según turno

Precauciones:

- Verificar la existencia del medicamento
- Si el paciente refiriera molestia al introducir el supositorio suspender la introducción y avisar al médico.

PROCEDIMIENTO

PASOS

FUNDAMENTACIÓN

- | | |
|---|---|
| 1. Informar al paciente sobre el procedimiento a realizar | Para calmar su ansiedad y pedirle contribuya con nosotros según le sea posible. |
|---|---|

2. Reunir el material y equipo y trasladarlo a la unidad del paciente.

Para evitar pérdida de tiempo en vueltas innecesarias.
3. Colocar al paciente en posición de Sims sobre su lado izquierdo

Ya que por anatomía del intestino grueso es el camino que deberá seguir el supositorio para que de la acción deseada. Y contribuya a la mejoría del estado de salud del paciente, esta posición permitirá observar el orificio anal.
4. Calzarse los guantes

Ya que al introducir el supositorio se localizaría parte del ano y hay que recordar que este conducto se utiliza como medio para eliminar desechos de nuestro cuerpo y que contiene infinidad de microorganismos.
Logra una técnica aséptica.
5. Colocar jalea hidrosoluble al supositorio

Para contribuir a aminorar la fricción al introducir el supositorio y que este lacera la mucosa lo que traería como consecuencia una vía fácil para que se de una infección.

6. Observar el orificio dual y con la mano no dominante separar ligeramente los glúteos
- Al separar los glúteos se observa mejor el conducto anal.
7. Introducir el supositorio en el recto aproximadamente 5 cm e indicar al paciente trate de retenerlo por 10 minutos.¹⁰ (Fig. 7)
- El conducto anal mide aproximadamente 3 cm. de largo. La inserción del supositorio hasta 5 cm asegura el haber traspasado el esfínter externo y facilita la retención del mismo. Los 10 minutos de espera permite que se disuelva el recubrimiento del medicamento y la distribución del mismo.
8. Quitarnos el guante y desecharlo
- Para poder dejar cómodo a nuestro paciente. ya que si no nos quitamos el guante la secreción que este tuviera se ensuciara con ella, exista recipientes para colocar la basura y tener un control estricto de esta.

¹⁰ L. Wleck. Técnicas de Enfermería. p. 496

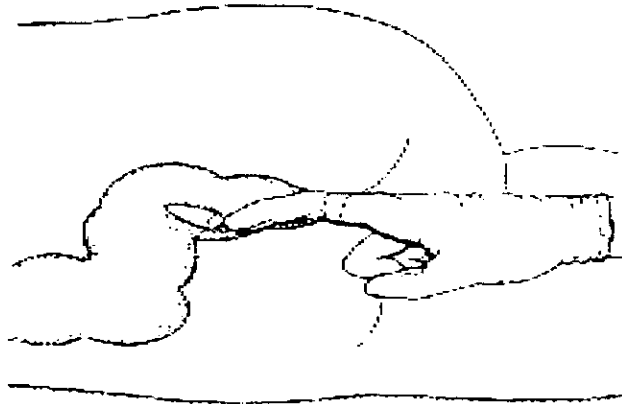
9. Dejar cómodo al paciente y darle las gracias

Después de haber pasado los 10 minutos dejar al paciente en la posición más cómoda para el y dar las gracias por haber contribuido con nosotros para un mejor efecto del medicamento.

10. Realizar las anotaciones correspondientes en la hoja de registros clínicos

Para llevar un control de los medicamentos administrados y la mejoría que este da a nuestro paciente.

FIG. 7 FORMA DE INTRODUCIR EL SUPOSITORIO



Fuente: Fotografía tomada del libro Técnicas de Enfermería L. Wieck E.N. King. Dyer. pag. 497

2.4.8 ADMINISTRACIÓN POR VIA VAGINAL

Concepto: La vagina es el lugar en el que se coloca el óvulo para que este se absorba y con su mecanismo de acción logre el efecto local en este sitio deseado, y que contribuya a la mejoría del paciente.

Objetivos:

- Dar el tratamiento adecuado
- Proporcionar atención al paciente según sus necesidades.

Material y equipo:

- Medicamento indicado
- Charola para transportar el medicamento
- Guantes desechables
- Jale lubricante
- Pluma color según turno
- Hoja de registros clínicos
- Toalla sanitaria

Precauciones:

- Colocar los óvulos por las noches
- Observar la vagina y colocar el óvulo

PROCEDIMIENTO

PASOS

FUNDAMENTACIÓN

1. Explicar al paciente el procedimiento a realizar
Para calmar su angustia y para que sepa como contribuye con nosotros.
2. Reunir el material y equipo y trasladarlo a la unidad del paciente
Para evitar que en el transcurso de la realización del procedimiento se tenga que salir de la unidad y se den vueltas innecesarias lo que seria incomodo para el paciente. El estar entrando y saliendo.
3. Lavarnos las manos y colocarnos el cubrebocas
Por medio del lavado de manos reducimos la cantidad de microorganismos patógenos que se encuentran en las manos sucias.
El cubrebocas impide que los malos olores que despiden la vagina causada por microorganismos que causan infección penetren bruscamente en nuestras fosas nasales lo que causan en nosotros incomodidad.

4. Colocar a la paciente en posición de litotomía, con las caderas ligeramente elevadas

Esta posición impide que el óvulo salga de la cavidad vaginal.
5. Calzarse los guantes

Por la gran incidencia de infecciones vaginales se usarán los guantes al colocar los óvulos como medida de prevención para nosotros.
6. Una vez que se ha observado el orificio de la vagina, se prosigue a introducir el óvulo que en algunas ocasiones se le ha colocado jalea hidrosoluble y se colocará lo más adentro de la vagina para que el medicamento se absorba.

La vagina carece de esfínter muscular que impida la salida del óvulo por lo que se colocará lo más adentro para impedir que salga.
7. Darle a la paciente una toalla sanitaria para que se la ponga.

Para proteger su ropa íntima ya que la encontrarse el óvulo en la vagina ésta inicia a producir secreciones las cuales salen y tienen un olor desagradable, la toalla se cambiará continuamente.
8. Pedir a la paciente que se mantenga en la posición de litotomía durante 10 minutos

Para permitir que se difunda el medicamento y sea absorbido por la mucosa vaginal.

9. Dejarla cómoda, darle las gracias y retirar el equipo utilizado. Como muestra de trato humanitario que la enfermera da a su paciente y dejar en orden su unidad.
10. Realizar las anotaciones correspondientes Para llevar un control estricto de los medicamentos administrados al paciente lo que ayudará a evaluar el estado de salud del paciente.

2.4.9 ADMINISTRACIÓN PARENTERAL

Concepto: Es la administración de medicamentos en forma de soluciones o suspensión y biológicos al sitio de acción mediante punción en diferentes tejidos corporales.

- Intradérmica
- Las formas son: Intramuscular (I M) (en Z)
- Subcutánea (SC)
- Intravenosa (I V)

2.4.9.1 ADMINISTRACIÓN INTRADÉRMICA (I D)

Procesamiento por el cual se introduce una sustancia inyectable en el tejido subcutáneo.

Objetivos:

- Introducir medicamentos que requieran absorción lenta por vía parenteral.
- Colaborar en el tratamiento adecuado.

Material y Equipo:

- Charola para preparar los medicamentos
- Medicamento indicado
- Jeringa de 0.1 ml.
- Torundas alcoholadas
- Hoja de registros clínicos
- Pluma color según turno

Precauciones:

- Verificar la existencia del medicamento
- Preguntar si se es alérgico a alguna sustancia

PROCEDIMIENTO

PASOS	FUNDAMENTACIÓN
1. Explicar brevemente al paciente el procedimiento a realizar	Con una muy breve explicación se logra calmar un poco su angustia que pudiera propiciar el procedimiento y colaborar con nosotros según le sea posible.
2. Reunir el material y equipo a utilizar así como preparar el medicamento en la jeringa	Una vez que se ha reunido el material y equipo, trasladarlos a la unidad del paciente para no dar vueltas innecesarias y perder tiempo.
3. Lavarse las manos	Para aminorar la flora bacteriana que se encuentre en la manos y evitar las infecciones cruzadas.
4. Desinfectar la piel de la región anterior del antebrazo con una torunda empapada con alcohol.	Siguiendo los movimientos circulares del centro a la periferia para evitar contaminar lo que ya se desinfecto reducir con ello el riesgo de introducir bacterias que afecten la salud del paciente.

5. Introducir la aguja con el bisel hacia arriba en un ángulo de 15° (Fig. 8)

Para evitar desgarrar la piel lo que provocaría dolor al paciente y que en otra ocasión se niegue a que le administre su medicamento.
6. Aspirar para probar que la aguja no esté en algún vaso.

Ya que al inyectar intradérmica se obtiene un efecto local y rápido, si se inyecta en un vaso la acción inmediata y generalizada y local.
7. Inyectar la solución

Se inyecta la solución oprimiendo el embolo de la jeringa en forma rápida.
8. Secar la aguja y limpiar la zona con una torunda alcoholada y verificar que no sangre el punto de inyección.

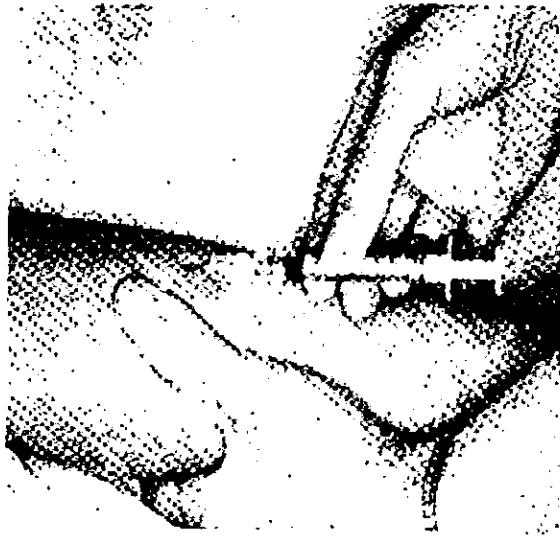
Se observa que no sangre el punto de inyección lo que demuestra que no se desgarró la piel al sacar la aguja.
9. Dejar cómodo al paciente

Como muestra del trato humanitario que se le da a todo ser humano y sobre todo en este caso al enfermo.
10. Retirar el material y equipo utilizado

Para dejar en orden el cubículo del paciente y tenga un ambiente lo más agradable que se pueda.

11. Realizar las anotaciones correspondientes en la hoja de registros clínicos Para llevar un control estricto de los medicamentos administrados y la mejoría observada en el paciente.

FIG. 8 POSICIÓN EN LA QUE SE INYECTA INTRADÉRMICAMENTE



Fuente: Fotografía tomada del libro Técnicas de Enfermería L. Wieck E.M. King M. Dyer. pag. 497

2.4.9.2 ADMINISTRACIÓN SUBCUTANEA

Concepto: Es el procedimiento por el cual se introduce una sustancia inyectable en el tejido subcutáneo ya que se requiere una absorción lenta por vía parental.

Objetivo:

- Dar el tratamiento indicado al paciente.

Material y Equipo:

- Charola de Medicamentos
- Medicamentos
- Torunda Alcoholadas
- Jeringa 1 ml.
- Hoja de requisitos clínicos
- Pluma color según turno

Precauciones:

- Verificar la existencia del medicamento
- Considerar en la preparación del medicamento la Regla de Oro y los 5 correctos.

PROCEDIMIENTOS

PASOS

1. Dar una breve explicación del procedimiento a realizar

FUNDAMENTACIÓN

Para calmar la angustia del paciente y que sepa la forma en que se realizará el procedimiento y la manera en que colaborará con nosotros.

2. Lavarnos las manos

Para evitar la diseminación de microorganismos patógenos lo que contribuirá a erradicar las infecciones cruzadas.
3. Reunir el material y equipo a utilizar así como preparar el medicamento

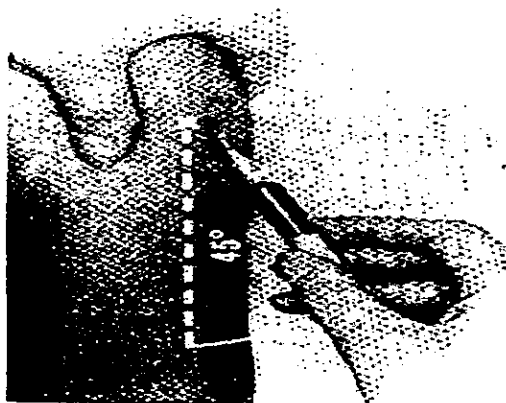
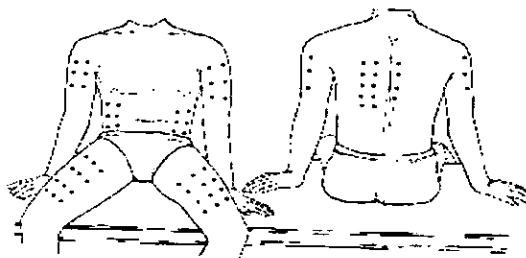
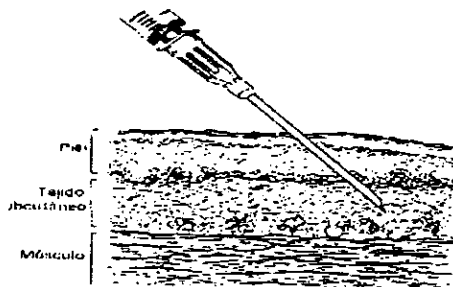
Preparar el medicamento a inyectar a la jeringa tomando en cuenta los 5 correctos y reunir el material trasladarlo a la unidad del paciente para evitar pérdida de tiempo en vueltas innecesarias.
4. Elegir el sitio de inyección realizar la afección con una torunda alcoholada (Fig. 9)

Del centro a la periferia para no contaminar lo ya limpiado y evitar la introducción de microorganismos patógenos al presionar la piel para inyectar el medicamento lo que provocaría alguna infección al paciente.
5. Introducir la aguja en un ángulo de 45° y verificar que no se encuentre en algún vaso. (Fig. 9)

Este ángulo impide que se inyecte el medicamento en el músculo. Si se inyecta en un vaso la acción del medicamento es inmediata y lo que se requiere es inyectar subcutáneamente es que se absorban lentamente y la acción de medicamento dure más tiempo.

- | | |
|---|---|
| 6. Inyectar la solución | Se inyectará lenta pero firmemente según la indicación del medicamento y considerando las precauciones de este. |
| 7. Sacar la aguja y con una torunda alcoholada realizar la asepsia nuevamente | Ejercer con la torunda ligera presión en el sitio de inyección para evitar salida de sangre en el caso de haber lesionado un vaso sanguíneo. |
| 8. Dejar cómodo al paciente y dar las gracias | Como una muestra de trato humanitario que da la enfermera y con ello el paciente confie aun más en ella y colabore en procedimientos posteriores. |
| 9. Retirar el material y equipo utilizarlo | Para mantener en orden el cubículo del paciente y que se sienta en un ambiente ordenado y agradable. |
| 10. Realizar las anotaciones en la hoja de registros clínicos | Para llevar un control de medicamentos administrados al paciente. |

FIG. 9 SITIOS EN LOS QUE SE INECTA EN FORMA SUBCUTÁNEA



Fuente: Fotografías tomadas del libro Técnicas de Enfermería L. Wieck E.M. King M. Dyer. pag. 498-499

2.4.9.3 ADMINISTRACIÓN INTRAMUSCULAR (IM)

Concepto: Es la inyección de volúmenes relativamente grandes de sustancia en solución o suspensión, en los músculos del cuerpo; se emplea cuando se requiere absorción rápida, o cuando la sustancia es irritante para los tejidos subcutáneos o peligrosos si se administra por vía intravenosa.

Objetivos:

- Dar el tratamiento indicado al paciente para mejorar su estado de salud.
- Valorar la funcionalidad del medicamento según la evolución del estado de salud del paciente.

Material y equipo:

- Charola para preparar medicamentos
- Medicamento prescrito
- Torundas Alcohólicas
- Jeringa
- Hoja de registros clínicos
- Pluma color según turno

Precauciones:

- Verificar la existencia del medicamento
- Llevar a cabo la ley de oro en la ministración de medicamentos y los 5 correctos.

PROCEDIMIENTO

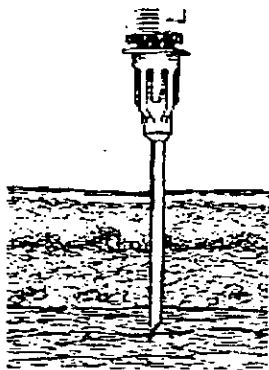
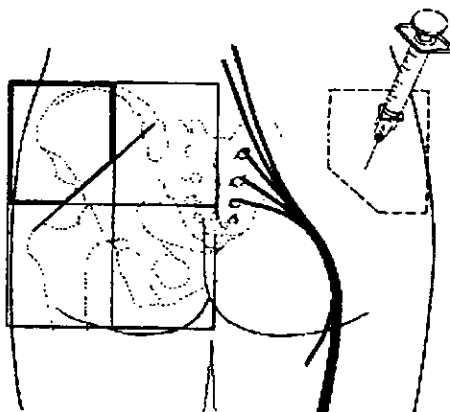
PASOS

FUNDAMENTACIÓN

1. Explicar el procedimiento a realizar
Con una breve explicación reducimos la angustia y el temor del paciente logrando con ello colabore con nosotros según le sea posible.
2. Lavarse las manos
Para eliminar las bacterias que se encuentran en las manos y evitar así que se den las infecciones cruzadas.
3. Reunir el material y equipo a utilizar y trasladarlo a la unidad del paciente
Para evitar pérdida de tiempo y dar vueltas innecesarias lo que originará que surja desconfianza del paciente hacia nosotros.
4. Elegir el sitio y realizar la asepsia con una torunda (cuadrante superior externo) (Fig. 10)
La asepsia se realiza con el fin de impedir la entrada de microorganismos al puncionar en el sitio donde se va a inyectar al paciente y que como consecuencia haya una infección agregada al padecimiento inicial. Este cuadrante se encuentra libre de nervios y hay menos vasos sanguíneos que pongan en peligro la integridad del paciente.

5. Introducir la aguja con un movimiento lento pero firme y corroborar que no este en un vaso. Al introducir lenta, firme y continuamente se evita un poco el dolor. Se aspira para verificar que el bisel de la aguja no se encuentre en un vaso, si lo estuviera se saca un poco y se dirige en otra dirección se aspira nuevamente y se inyecta el medicamento.
6. Inyectar el medicamento con una torunda alcoholada ejercer ligera presión en el sitio de inyección y sacar la aguja Con la torunda alcoholada se ejerce ligera presión en el sitio de inyección para evitar que salga el medicamento.
7. Dejar cómodo al paciente retirar el material y equipo utilizado y dar las gracias. Una vez que se encuentra cómodo se sentirá más en confianza y si se mantiene en orden su cubículo se logra crear un ambiente familiar lo que ayudara a elevar el estado de ánimo y se observa un trato humanitario que la enfermera da.
8. Realizar las anotaciones correspondientes Para llevar un control del paciente en cuanto a los medicamentos administrados y la mejoría que presenta este en su salida.

FIG. 10 SITIO CORRECTO DE INYECCIÓN INTRAMUSCULAR



Fuente: Fotografías tomadas del libro Técnicas de Enfermería L. Wieck E.M. King
M. Dyer. pag. 500, 501

2.4.9.4 ADMINISTRACIÓN CON TÉCNICA EN “Z”

Concepto: 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 y después del procedimiento; de esta forma el camino seguido por la aguja se cierra completamente y se evita que sustancias irritantes o colorantes se filtren hacia los tejidos subcutáneos.

Objetivo:

- Dar el tratamiento adecuado a nuestro paciente.

Material y Equipo:

- Jeringa
- Medicamentos
- Torundas Alcoholadas
- Hoja de registros clínicos
- Pluma color según turno
- Charola para trasladar lo necesario a la unidad del paciente.

Precauciones:

- Administrar los medicamentos considerando los 5 correctos y la Ley de Oro.
- Verificar la existencia del medicamento.

PROCEDIMIENTO

PASOS	FUNDAMENTACIÓN
1. Explicar al paciente el procedimiento a realizar.	Para calmar la ansiedad y angustia que cosas nuevas provoca al paciente se da una breve explicación y con ello también se logra que colabore con nosotros.
2. Lavarse las manos	Para eliminar los microorganismos patógenos que se encuentren en las manos y evitar así se den las infecciones cruzadas.
3. Reunir el material y equipo a utilizar y trasladarlo a la unidad del paciente.	Para evitar pérdida de tiempo en vueltas innecesarias lo que atrasará nuestros demás deberes y hará que el paciente desconfíe de nosotros.
4. Colocar al paciente en decúbito ventral.	Para observar bien ambos glúteos y elegir el sitio apropiado para inyectar el medicamento.
5. Realizar la asepsia en el sitio elegido	Para aminorar la flora bacteriana que se encuentra en este sitio y que posterior a la inyección surja una infección por la entrada de los gérmenes al organismo.

- | | |
|--|--|
| 6. Se comprime el tejido subcutáneo y se desplaza hacia un lado, la aguja se introduce en el músculo mientras la piel se encuentra desplazada, se aspira para verificar que la aguja no se encuentre en un vaso. | Al comprimir el tejido subcutáneo se permite que el medicamento penetre al tejido muscular, como en la inyección intramuscular, se verifica que no este en un vaso aspirando un poco, si estuviera en un vaso se retira y se introduce en otro sitio y si esta bien se inyecta el medicamento. |
| 7. Se inyecta el medicamento | Se inyecta el líquido lentamente para aminorar un poco el dolor causado por la entrada del medicamento |
| 8. Se suelta la piel | Se suelta la piel para evitar que el líquido inyectado, siga el camino de la aguja y que manche la piel. |
| 9. Retirar la aguja y no ejercer presión sobre este sitio | Para evitar el líquido siga el trayecto seguido por la aguja y que salga al exterior. |
| 10. Dejar cómodo al paciente y dar las gracias | Como muestra del trato humanitario que la enfermera da al paciente. |
| 11. Retirar el material y equipo utilizado | Para mantener en orden la unidad y que se sienta como en su casa |

12. Realizar las anotaciones correspondientes

En la hoja de registros clínicos para llevar un control estricto de los medicamentos administrados así como la evolución de su estado de salud.

2.4.9.5 ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA

Concepto: Es la infección de volúmenes variables de soluciones acuosas directamente en las venas, donde la absorción es casi inmediata.

Objetivos:

- Dar el tratamiento adecuado a nuestro paciente
- Observar la mejoría que el medicamento inyectado trae a nuestro paciente.

Material y Equipo:

- Jeringa
- Medicamento prescrito
- Torundas con alcohol
- Hoja de registros clínicos
- Charola para la preparación de medicamentos
- Pluma color según turno.

Precauciones:

- Administrar los medicamentos considerando los 5 correctos y la Ley de Oro.
- Verificar la existencia del medicamento.
- Revisar que la vía, ya sea periférica o catéter se encuentre permeable.

PROCEDIMIENTO

PASOS

FUNDAMENTACIÓN

1. Explicar brevemente al paciente el procedimiento a realizar. Esto ayuda a calmar su angustia y temor y miedo que el procedimiento le provoca y también la forma en que colabore con nosotros para su mejoría.
2. Lavado de manos Esto se realiza con el fin de eliminar la flora bacteriana de las manos que pudiera entrar al torrente sanguíneo al puncionar la vena con lo que se reducirán las infecciones cruzadas.
3. Recurrir el material y equipo a utilizar así como preparar el medicamento en la jeringa y trasladarlo a la unidad del paciente Para evitar pérdida de tiempo lo que provocará que atrasemos el trabajo que se debe realizar posteriormente evitando así que desconfíe el paciente de nosotros.
4. Realizar la asepsia en el sitio del solucet donde se inyectará el medicamento. Con la asepsia se evita arrastrar con la aguja microorganismos patógenos al interior del solucet lo que contamina el medicamento y es una fuente para provocar infecciones a nuestro paciente.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

5. Colocar el medicamento en el solucet, este tiene una vía de paso de una solución que se utiliza para diluir los medicamentos en cuanto se diluya cerrar tal vía.

Se diluye el medicamento para que sea menos agresivo a la vena ya que sino se diluye puede provocar flebitis de la vena si es vía periférica, en el caso de los catéter centrales se diluyen con menos solución.
6. Realizar la asepsia del equipo de la solución de base, en donde se conectará la aguja del solucet.

Para evitar la entrada de microorganismos patógenos del torrente sanguíneo que provocaría una infección más a nuestro paciente.
7. Fijar el solucet al equipo de base

Se fija la aguja del solucet al equipo de la solución de base para evitar se desconecte se contamine la aguja y se desperdicie el medicamento que se tire, y no se logre su absorción para obtener el resultado que se espera.
8. Una vez conectado el solucet a equipo de la solución de base abrir la llave de esta.

Para permitir la entrada del medicamento al torrente sanguíneo y que inicie la acción esperada de este.

9. Dejar cómodo a nuestro paciente, darle las gracias por su colaboración y dejar en orden su unidad.

La comodidad del paciente es responsabilidad de la enfermera y así es una muestra de como agradecerle su colaboración del trato humanitario que le brinda la enfermera, lo que ayuda a que el paciente tenga una buena impresión de esta y colabore en otra ocasión si se requiriera.

10. Realizar las notaciones correspondientes en la hoja de registros clínicos

Para llevar un control estricto de los medicamentos administrados y las reacciones adversas si las hubiera para que en otra ocasión se tomen las medidas necesarias para que no pasen así como el llevar un conteo de antibióticos que se administren ya que si dura un paciente mucho tiempo con alguno hay la posibilidad de que desarrolle resistencia al medicamento y ya no produzca el efecto deseado.

2.5 INSTALACIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA

Concepto: Es la introducción de una sonda al estómago con objetivos terapéuticos o diagnósticos.

Objetivos:

- Aspirar o descomprimir el estómago
- Administrar algún medicamento o líquido nutritivo
- Dar atención al paciente según sus necesidades

Material y equipo:

- Sonda Nasogástrica (Levin # 12, 14, 16)
- Estetoscopio
- Jalea lubricante
- Guantes
- Jeringa Asepto
- Gasas
- Recipiente en forma de riñón
- Cubre bocas
- Vaso con solución
- Parche para fijar la sonda (YOMI)

Precauciones:

- Cumplir con la técnica aséptica durante todo el procedimiento.
- Mantener previamente a la instalación la sonda en refrigeración.

PROCEDIMIENTO

PASOS

FUNDAMENTACIÓN

1. Lavamos las manos

Para reducir la flora bacteriana normal y evitar la diseminación de microorganismos patógenos que provoquen infecciones cruzadas.
2. Explicar al paciente el procedimiento a realizar

Para reducir la angustia, temor y miedo que el procedimiento le provoque, así como explicarle la forma en que puede colaborar con nosotros para que le sea menos molesto.
3. Reunir el material y equipo a utilizar en una charola y trasladarlo a la unidad del paciente.

Para evitar la pérdida de tiempo y dar vueltas innecesarias lo que originaría en el paciente desconfianza y que rehace la instalación de la sonda.
4. Colocar el material y equipo previamente preparado en la charola en el sitio más cercano a nuestro paciente y abrir los guantes, la sonda, gasas de su envoltura

Entre más cerca se encuentre el material más fácil será tomarlo para realizar el procedimiento, la envoltura de los guantes nos servirá como campo aunque no necesariamente se realice con técnica estéril.

5. Colocar al paciente en posición de Fowler con la cabeza hiperextendida

La sonda caerá con facilidad al lograr que se comprima el piso de la vía nasal y que siga el trayecto para llegar al estómago.
6. Colocar sobre los hombros y pecho del paciente un campo

Esto se utiliza con el fin de que si hay vómito ensucie la ropa de cama, y lo tomaremos como campo de trabajo.
7. A la sonda previamente congelada colocarle un poco de jalea lubricante, dejar la jeringa aseo sin su perilla y una gasa

La sonda congelada estará más rígida lo que permite se oriente fácilmente y se dirija hacia el estómago. Se coloca a la sonda jalea lubricante para que sea menos la fricción que provoque en mucosas al paso de esta. Se quita la perilla para que cuando este la sonda instalada se conecte a la jeringa posteriormente se coloca la perilla a la jeringa y se aspira el contenido gástrico.
8. Calzarse los guantes

Sólo es una medida de precaución al realizar este procedimiento ya que todos los pacientes deberán tomarse como potencialmente infectados. Realizar el procedimiento con técnica aséptica.

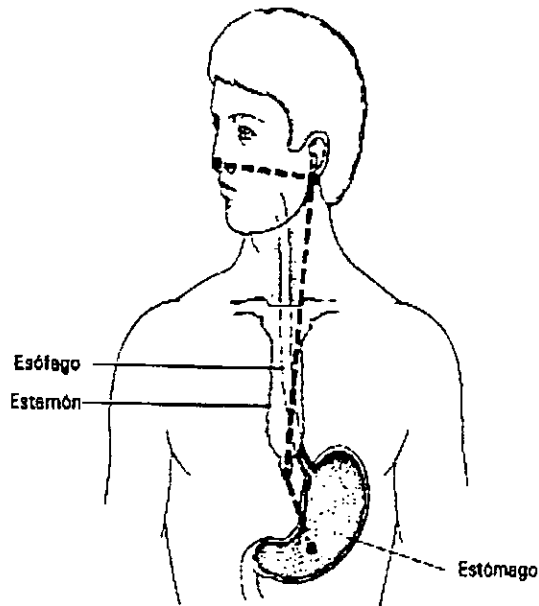
9. Tomar la sonda y medir de la punta de la nariz al lóbulo de la oreja y de esta a la punta inferior del esternón. (Fig. 11)
- Se mide para introducir la cantidad de sonda necesaria y que esta se encuentre en el estómago y no en el intestino, o esófago.
10. Se toma la punta de la sonda, se le unta jalea, con la otra mano se eleva la punta de la nariz y se inicia a introducir la sonda.
- Al elevar la punta de la nariz se observa mejor el orificio nasal y se verifica que al introducir la sonda no lastime alguna pared lo que provoque ligera sensación de dolor al paciente.
11. El movimiento que sigue al introducir la sonda debe ser progresivo, firme y constante para lastimar menos al paciente. Se dará un poco de agua al paciente y se pedirá que la degluta al sentir la sonda en la garganta.
- Cuando ya ha pasado las vías nasales el obstáculo será el reflejo nauseoso en la garganta. La deglución abre la vía y permite que la sonda pase con libertad con dirección al estómago y lastime lo menos posible la garganta.
12. Si existiera obstrucción en la fosa nasal, extraiga la sonda y reinicie el procedimiento en la otra fosa nasal, si aún existiera obstrucción o dolor extraer la sonda y avisar al médico.
- Al reincidir la inserción de la sonda en la misma fosa nasal se puede lesionar la mucosa del tubo digestivo y originar una vía de entrada para los organismos patógenos que causen infección y altere el estado de salud de nuestro paciente.
- Se avisa al médico para que valore el motivo de dolor al introducir la sonda y le de un tratamiento adecuado.

13. Se fija la sonda a la nariz y se verifica que efectivamente se encuentre en el estómago al tomar una pequeña cantidad de líquido gástrico al aspirar con la jeringa aseptado o por auscultación sobre la zona epigástrica al introducir aire a través de la sonda.
- Se fija para evitar que se salga la sonda.
- Una prueba de que la sonda está en el estómago es la extracción del líquido gástrico ya que nunca éste está vacío. Al introducir aire al estómago por medio de la sonda al auscultar con el estetoscopio se escucha el aire en el epigástrico lo que corrobora que está en el sitio preciso.
14. Una vez que se verifica que la sonda está en el estómago se da el tratamiento adecuado indicado
- Según la indicación médica se puede realizar con lavado gástrico, dejar a derivación etc. dependerá del problema que se quiera solucionar.
15. Dejar cómodo al paciente, retirar el material utilizado y dar las gracias.
- Una manera de demostrar al paciente el trato humanitario que la enfermera da es el dejarlo cómodo, así como el dar las gracias, y con ello terminar con la barrera enfermera-paciente.
- Al estar nuestro paciente a gusto colaborará según le sea posible.

16. Realizar las anotaciones correspondientes a la hoja de registros clínicos

Para llevar un control del tratamiento que e le da la paciente en el caso de que se haya indicado un lavado gástrico, anotar las características del contenido gástrico lo que contribuirá a da un diagnóstico preciso.

FIG. 11 FORMA CORRECTA DE LA INSTALACIÓN DE LA SONDA



Fuente: Fotografía tomada del libro Técnicas de Enfermería L. Wieck E.M. King M. Dyer. pag. 387

2.6 ASEO VULVO PERINEAL

Concepto: Es el conjunto de acciones que se realizan para mantener limpia la región perineal ya que es el lugar por donde se expulsan al exterior las secreciones producidas en vagina y órganos anexos. requiriéndose aseo diario principalmente en la menstruación después del parto, en operaciones de esta región, en proceso infecciosos y antes del cateterismo vesical.

Objetivos:

- Evitar la máximo infecciones vulvo perineales.
- Eliminar las secreciones que producen olores desagradables.

Material y Equipo:

- Jabón líquido
- Recipiente con agua
- Pinzas de anillos (foster)
- Torundas
- Guantes
- Cómodo
- Sábana clínica
- Bolsa para desechos

Precauciones:

- Indicar al paciente que orine antes de iniciar el aseo.
- Proteger al paciente en su individualidad.
- Mantener el jabón y agua un grado más elevado de la temperatura corporal.

PROCEDIMIENTO

PASOS

FUNDAMENTACIÓN

1. Lavarse las manos, reunir el equipo y trasladarlo a la unidad del paciente

El aseo de manos se realiza para reducir al máximo los microorganismos que pueden afectar la salud del paciente. Se traslada el equipo a la unidad del paciente para evitar dar vueltas innecesarias y pérdida de tiempo.
2. Informar la paciente sobre el procedimiento

Esto permite aminorar la angustia, temor y miedo que el procedimiento le provoque.
3. Colocar al paciente en decúbito dorsal sobre su cama

Esta posición permite visualizar los genitales y la realización del procedimiento.
4. Colocar el cómodo debajo de los glúteos del paciente, pedir que separe las piernas y flexione las rodillas posteriormente cubrir con una sábana.

El cómodo se utiliza para que en él caiga el jabón y agua que se utiliza al realizar el aseo y evita el derrame de líquidos en la cama.

El flexionar las rodillas y separar las piernas permite observar bien la región vulvo perineal y realizar correctamente el aseo.

Se cubre a la paciente como medida de respeto a su individualidad.

5. Calzarse los guantes e iniciar el aseo enjabonando pubis, muslos y surco inguinal.
- Se utilizan guantes para evitar tocar con las manos esta región y contaminarse de secreciones que originan olores desagradables mantener en tanto una técnica aséptica.
- Se enjabona el pubis con una torunda que se toma con las pinzas del equipo de aseo y se frota de arriba hacia abajo y cambiando la torunda tantas veces sea necesario continúa con el aseo de muslos y por último el surco inguinal, se realiza el aseo tomando en cuenta las reglas asepsia y antisepsia, se limpio lo sucio, de arriba hacia abajo.
6. Los labios mayores se asean con abundante agua y jabón
- Con los dedos índice y medio se separan los labios, se dejará correr abundante jabón y con el algodón de la pinza se frotara cambiando la torunda cuantas veces sea necesario, realizar la asepsia de arriba hacia abajo, de limpio a sucio y la asepsia es indispensable, ya que en esta región se encuentra el meato urinario y en el caso de la instalación de sonda vesical se corre el riesgo de introducir algún germen patógeno

que se encuentre en esta zona lo que originara una infección vías urinarias.

7. Se retira el jabón de la región enjabonada con suficiente agua

Se dejará correr abundante agua para retirar el jabón haciendo hincapié en la región vulvar, se secará toda esta región para evitar humedad e irritación.

8. Retirar el cómodo, colocarlo en la parte inferior del carro de curación y retirarse los guantes

La parte inferior del carro de curación se considera contaminado por lo que es el lugar correcto para dejar el cómodo, inmediatamente se quitan los guantes ya que están contaminados (sucios).

9. Retirar el material y dejar cómoda a la paciente

Para dejar en orden el cubículo de la paciente y crear un ambiente agradable, para que se sienta a gusto por la atención que la enfermera da al paciente.

10. Dar cuidados posteriores al equipo

El cómodo se lleva al cuarto séptico lugar en el que se lavan los cómodos se deja en orden el carro de curaciones para que en otro momento se encuentre limpio y en orden para ser utilizado.

11. Realizar las anotaciones correspondientes en la hoja de registros clínicos. En esta hoja se registran los aspectos más sobresalientes que se observaran al realizar el aseo.

Recomendaciones:

Antes de iniciar el procedimiento colocarse el cubrebocas para disminuir la posibilidad de inspirar malos olores provocados por alguna infección en el caso de realizar el aseo de genitales del hombre verificar la afección correcta del pene (más drásticamente prepucio).

2.7 INSTALACIÓN DE SONDA FOLEY

Concepto: Es el procedimiento por medio del cual se introduce una sonda estéril a la vejiga para drenar la orina que ahí se encuentra.

Objetivo:

- Satisfacer la necesidad de miccionar del paciente en caso de que así lo requiera

Material y Equipo:

- Equipo de aseo vulvar el cual consta:
 - 1 recipiente en forma de riñón, pinzas y gasas.
- Equipo de cateterismo consta de: Jeringa de 10 ml., gasas estériles, campo hendido estéril, recipiente en forma de riñón.
- Equipo de curación frasco de iodine solución frasco de jabón estéril, frasco de solución de irrigación.
- Carro de curación con recipientes para material contaminado, no contaminado y material punzocortante. Así como caja con gasas y apósitos estériles.
- Sonda foley calibre 12, 14 o 16
- Frasco de vaselina estéril
- Guantes estériles.
- Parche para fijar la sonda "YOMI"
- Pluma color según turno
- Hoja de registros clínicos

Precaución:

- Realizar el procedimiento con técnica estéril.

PROCEDIMIENTO

PASOS	FUNDAMENTACIÓN
1. Explicar el procedimiento a realizar al paciente.	Para aclarar dudas que el paciente tenga y así reducir la angustia, temor y miedo que el procedimiento le provoque.
2. Reunir el material y equipo y trasladarlo a la unidad del paciente.	Para evitar pérdida de tiempo, dar vueltas innecesarias y retrasar el trabajo que se realizará posteriormente así como evitar que desconfíe el paciente de nosotros rehuse se realice el procedimiento.
3. Colocar al paciente en posición de decúbito dorsal si es varón y si es mujer en posición ginecológica cubriendo con una sábana.	Ambas posiciones contribuyen a una observación mejor del meato urinario lo que nos permite una inserción correcta de la sonda y evitar insertar la vagina equivocadamente.
4. Realizar el aseo de la región vulvar en la mujer y en el hombre del pene	Realizar el aseo vulvar de acuerdo con el procedimiento indicado en el caso del hombre realizar el aseo del prepucio siguiendo las reglas de asepsia y antisepsia.

- | | |
|---|---|
| 5. Colocar el cómodo al paciente | Al realizar la asepsia de la región perineal el jabón y agua caerán en el cómodo para evitar ensuciar la ropa de cama. |
| 6. Colocar el material de aseo que se encuentra en el carro de curación cerca del sitio donde se encuentra el paciente y arriba las envolturas del equipo como son las del recipiente en forma de riñón, (cateterismo, gasas, pinzas) | Para que en el momento de iniciar el procedimiento se tenga todo el material y equipo que se va utilizar y no se interrumpa el procedimiento al salir por material que falte lo que provoque pérdida de tiempo. |
| 7. Colocarse el cubrebocas | El cubrebocas ayuda a disminuir el inhalar algún mal olor provocado por una infección urinaria. |
| 8. Realizar el aseo de genitales "aseo vulvar" | Ver aseo vulvar. |
| 9. Se realiza el cambio de guantes para realizar la asepsia con gasas con isodine | Los guantes con lo que se realiza el aseo vulvar se consideran contaminados. |
| 10. Realizar la antisepsia con gasas, con isodine y dejar cubriendo el meato urinario en la mujer y en el hombre | El isodine es un antiséptico e impide la proliferación de microorganismos que producen infección al paciente al introducir la sonda al meato urinario hasta vejiga. |

11. Colocar el cambio hendido estéril sobre el área a trabajar y sobre el campo el recipiente en forma de Riñón
- La hendidura del campo estará exactamente sobre el orificio urinario para con ello delimitar el área a trabajar. El recipiente se utilizará para que caiga la orina de la vejiga por medio del extremo distal de sonda.
12. Verificar que el globo de la sonda no tenga fuga
- Para evitar que al estar dentro de la vejiga se salga porque no se infla el globo y se tenga que instalar otra.
13. Lubricar la sonda con vaselina estéril
- La vaselina permite se deslice más rápidamente y que lastime menos al introducir la sonda. La vaselina será estéril para impedir la introducción de microorganismos patógenos que produzcan infección al paciente.
14. Iniciar la introducción de la sonda en la mujer con los dedos índice y medio levantar ligeramente hacia arriba los labios menores para localizar correctamente el meato urinario
- Un error en la localización del meato urinario favorece la contaminación de la sonda, ya que suele ser común se introduzca en vagina en este caso aparte que se lastima vagina se contamina la sonda y se tiene que cambiar por otra y mantener la técnica estéril.

- | | |
|---|--|
| 15. Introducir la sonda de 5 a 7 cm. y verificar que drene orina (mujer). | La uretra mide 3.5 a 5 cms. de longitud, la salida de orina corrobora que se esta en uretra (en la mujer). |
| 16. Con la jeringa inyectar la solución en la sonda en el orificio del globo. | Se inyecta el líquido de la jeringa la globo lo que infla este e impide se salga la sonda y se tenga que instalar nuevamente otra sonda. |
| 17. Sin tocar la espiga del equipo de drenaje urinario conectarlo a la sonda. | El tocar la espiga aumenta la posibilidad de contaminación con gérmenes patógenos que viajen de el extremo distal de la sonda hacia la uretra lo que origine infección en esta y agrave el estado de salud del paciente. |

En el varón:

- | | |
|--|--|
| 12' Con una mano protegida con una gasa con isodine tomar el pene en forma erecta. | Esta posición favorece la inserción de la sonda en el meato urinario, se toma con una gasa para que no se resbale la mano sobre el pene ya que tiene la mano guante. |
| 13' Retraer el prepucio y localizar la uretra e iniciar la introducción de la sonda. | La retracción del prepucio permite observar mejor el orificio urinario. |

- | | |
|---|---|
| 14' Introducir la sonda 15 a 20 cms aplicando presión suave y continua. | Hay que recordar que la longitud de la uretra masculina tiene de 16 23 cms. por ello es importante verificar cuanta sonda se ha introducido. |
| 15' Con la jeringa inyectar la solución en el globo | Para impedir que se salga la sonda, la contamine al tocar con este extremo algún material contaminado (cama, ropa de cama que no este cubierto por el campo estéril) y que se tenga que iniciar de nuevo todo el procedimiento. |
| 16' Fijar la sonda al cistoflo sin tocar la espiga | Ya que se contaminaría la espiga lo que provocaría infección de vías urinarias. |
| 17' Fijar la sonda al muslo del paciente con el yomi | Para evitar se jale la sonda y lastime la vejiga lo que causaría molestia al paciente. |
| 18' Retirar el material utilizado | Para dejar en orden el cúbiculo y crear un ambiente más agradable al paciente. |
| 19' Dejar cómodo al paciente y dar las gracias | Como muestra de agradecimiento y respeto hacia el paciente. |

20' Realizar las anotaciones correspondientes en la hoja de registros clínicos

Para llevar un control de los procedimientos realizados a nuestro paciente que forman parte de su tratamiento y como este ayuda a una evolución satisfactoria.

Es importante mencionar que se llena también la hoja de procedimientos invasivos de cada paciente para llevar un control de cambio de sondas, catéteres angiocath, etc., para reducir el riesgo de infecciones por el prolongado tiempo que se deja instalado al paciente.

2.8. CURACIÓN DE CATÉTERES.

Concepto: Es el procedimiento por medio del cual se realizan un conjunto de cuidados a la piel, en donde está insertado un catéter intravascular y el área más cercana a ésta para mantenerlo libre de microorganismos que pudieran entrar al torrente sanguíneo y provocar una infección.

Este procedimiento se utiliza para los siguientes tipos de catéteres:

1. Catéter venoso periférico
2. Catéter central
3. Catéter Swan Ganz
4. Línea arterial
5. Catéteres venosos a permanencia prolongadas en venas de calibre grueso, Hickman, Mahurkar, Portocava, cetofix, etc.

Objetivo:

- Evitar la existencia de infección local que pueda alcanzar al torrente sanguíneo y provocar bacteremia, trombosis séptica, flebitis y otros.

Material y Equipo:

- Carro de curaciones, el cual consta de: un recipiente con gasas y apósitos, una bola color azul para material no contaminado y otra bolsa color roja para material de desecho contaminado, un recipiente para material punzocortante.
- Equipo de curación, el cual consta de: frasco de alcohol 70%, frasco con isodine solución, frasco con jabón estéril.
- Riñón estéril con pinzas.
- Tijeras estériles.

PROCEDIMIENTO

PASOS

FUNDAMENTACIÓN

1. Preparación psicológica.
En este momento se le dice al paciente que es lo que se va a realizar, para que colabore con nosotros, según le sea posible y calmemos su angustia, temor y miedo que el procedimiento le produzca.
2. Lavado de manos
Este se realiza para eliminar la flora bacteriana de las manos por medio del arrastre mecánico de éstas por el agua.
3. Reunir el material y equipo y trasladarlo a la unidad del paciente.
Para evitar la pérdida de tiempo y dar vueltas innecesarias que pudieran provocar inseguridad en nuestras acciones y por lo tanto la desconfianza del paciente.
4. Ponerse el cubrebocas.
Las vías respiratorias son un medio de contaminación, con el cubrebocas reducimos este riesgo.
5. Cortar dos tiras de tela adhesiva.
Se harán 1 rectángulo con micro-pore en donde se anotará la fecha
La tela adhesiva se utiliza para fijar el catéter y evitar así que se salga de la vena.

de instalación y nombre de la persona que instala la vía o de la que realiza la curación.

6. Revisar la permeabilidad del catéter.

Para realizar las maniobras necesarias con confianza y verificar su funcionalidad.

7. Retirar el tegaderm, gasa, microphore o tela adhesiva de la curación anterior.

Si molesta esto al paciente utilizar una torunda con alcohol lo que facilita el desprendimiento de la tela. micropore o tegaderm, de la curación anterior.

8. Abrir la envoltura del riñón estéril, colocar en éste la tijera estéril, 2 paquetes de gasas chicas.

Se utiliza la técnica aséptica para reducir la posibilidad de infectar el catéter, al contaminar el material a utilizar, en este caso por contaminar las gasas con las que se realizará el aseo o las tijeras, ya que con ellas se contará las gasas.

9. Calzarse el guante de la mano dominante y con la otra mano nos auxiliaremos para tocar los objetos no estériles necesarios para llevar a cabo el procedimiento.

En la mayoría de los casos este procedimiento lo realiza sólo una persona, por tal motivo se calza sólo el guante de la mano dominante, y se evita al máximo la contaminación ya que provocaría más al paciente una infección y se agravaría el estado de su salud.

10. Se cortará una gasa en cuatro cuadros. Estos se utilizarán para realizar la limpieza de la zona, para una vía periférica se cortará una gasa en dos cuadros de 0.5 cm, para catéter de 5 cms. de largo y 2 a 3 cm. de ancho con una ranura transversal.
11. Se realizará la asepsia, con jabón sólo cuando se observe sangre o secreciones adheridas y se retirará con solución de irrigación estéril. Si la piel es sensible al jabón, lacerará la piel y será más factible que se infecte por lo que se deberá tener precaución de utilizar jabón, sólo en casos necesario se retira el exceso para reducir la posibilidad de lastimar la piel y provocar una infección.
12. Se tomará un cuadro de gasa con la pinza estéril, se humedecerá con alcohol al 70% y se limpiará el sitio de inserción del catéter, siguiendo con lo largo del catéter y la inserción con el equipo. Se utiliza el alcohol al 70% para evitar la proliferación de microorganismos, se realiza la limpieza del centro a la periferia, respetando siempre la regla de limpio a sucio y evitar así la contaminación del sitio que será limpiado.
13. Se cambiará la gasa y se realizará el paso anterior pero con isodine. El isodine es un antiséptico muy conocido y que se maneja actualmente. En el caso de que exista humedad hay peligro de proliferación de bacterias. por lo que

se retira el exceso con una gasa estéril. Se cubrirá con una de las gasas el catéter y se fijará a la piel con el tegader, el último paso es la colocación de una tela pequeña en donde se anotará la fecha de la instalación del catéter y la fecha de curación, así como las iniciales de la persona que realiza la curación, para un control estricto del tiempo en el que se deberá realizar la curación o la instalación de otra.

14. Se retira el material utilizado.

Para que esté cómodo y ordenado el cubículo, lo que ayuda mantener un ambiente agradable al paciente.

15. Se deja cómodo al paciente y se dan las gracias.

Para que en otra ocasión colabore con nosotros, y con el agradecer su colaboración demostramos el trato humanitario que la enfermera da a todo ser humano.

2.9 INSTALACIÓN DE VENOCLISIS

Concepto: Es la introducción de un catéter en una vena, para tener una vía de acceso al torrente sanguíneo.

Objetivos:

- Restablecer en el equilibrio de líquidos y electrolitos.
- Contar con una vía para la administración de medicamentos.
- Transfundir sangre o derivados.

Material y Equipo:

- Equipo de venoclisis
- Solución indicada
- Torniquete
- Angiocath
- Cubrebocas
- Riñón estéril
- Tijera Estéril
- Guantes estériles
- Tegaderm
- Equipo de curación:
 - Isodine
 - Alcohol
 - Benjuí
 - Agua oxigenada
 - Jabón

Precaución:

- Contar con todo lo necesario.

PROCEDIMIENTO

PASOS	FUNDAMENTACIÓN
1. Explicar al paciente el procedimiento a realizar.	Para calmar un poco la angustia que le pudiera provocar el saber que se instalará una vía venosa y que colabore con nosotros, así como que confíe.
2. Lavarse las manos	Para reducir la flora bacteriana, evitando así que cause infección en el sitio de punción.
3. Reunir el material y equipo a utilizar y trasladarlo a la unidad del paciente.	Esto transmite al paciente confianza
4. Una vez que se purgó el equipo, unido a la solución indicada, se colgará ésta en uno de los ganchos de altura y se tendrá cerca de la vena elegida para realizar la punción.	Se saca el aire del equipo (purga) para evitar una embolia gaseosa pulmonar, lo que empeora el estado de salud del paciente.

5. Se observarán las venas y se elegirá una.

Al haber elegido la vena se pide al paciente que la coloque de tal forma que permita realizar el procedimiento y visualización de tal vena.
6. Se coloca el torniquete por arriba del sitio de puncionar, si no se distiende la vena se pedirá al paciente abra y cierre su puño.

Al colocar el torniquete hay una vasoconstricción de las venas lo que produce llenado y distención, lo que hace que la vena se observe mejor y sea más fácil introducir el angiocath. La circulación hacia una parte del cuerpo aumenta por la posición, ejercicio activo o pasivo y aplicación de calor.
7. Se coloca el material y equipo a utilizar cerca del sitio de punción y se saca de las envolturas para iniciar el procedimiento.

En todos los casos se lleva el carro de curaciones con el equipo a utilizar y se coloca todo sobre él y se deja para ser utilizado sin las envolturas (respetando el no contaminarlo).
8. Se calzan los guantes

Si se está solo se calzará sólo el guante de la mano dominante, si se está acompañado el de ambas manos.
9. Se realiza la asepsia con una torunda alcoholada, se realiza la antisepsia con una gasa con

En primer lugar se realiza la asepsia con una gasa con alcohol, luego con otra gasa con isodine, una vez que se

- isodine y se inmoviliza la vena elegida con la mano no dominante, y con la mano dominante se introduce el angiocath, prosiguiendo a verificar que esté en vena y que no se infiltre.
10. Se fija el equipo de la solución a la piel. De forma sencilla para después realizar su curación (ver curación de catéteres).
11. Se retira el equipo utilizado. Para dejar el cubículo ordenado y se sienta a gusto el paciente, manteniendo con ello un ambiente agradable.
12. Se deja cómodo al paciente. Para que colabore en otra ocasión el paciente con nosotros según le sea posible.
13. Se realizan las anotaciones en las hojas y se dan las gracias. Estas anotaciones se registran en la hoja de enfermería y en la hoja de procedimientos invasivos para llevar un control del paciente. La hoja de procedimientos nos ayuda a determinar el día de cambio de la vía, para evitar un riesgo de infección.

3. BIBLIOGRAFÍA

Añorve López Raquel. Manual de Procedimientos de Enfermería. Editorial Distribuidora y Editora Mexicana, S.A. de C.V. pp. 183.

Balderas Pedrero María de la Luz. Administración de los Servicios de Enfermería. Editorial Interamericana S.A. de C.V. 3ª edición México, 1995, pp. 216.

Barquín Manuel. Administración en Enfermería. Editorial Interamericana, S.A. de C.V. México 1995. pp. 221

B.W. Du Gas. Tratado de Enfermería Práctica. Editorial Interamericana, Quinta edición, México 1990. pp. 791.

De las Torres Esteban. Técnicas de Enfermería. Editorial Rol S.A. 3ª edición. pp.1983

Elinor, U. Fuerst. Lu Verne Wolff. Principios de Enfermería. Editorial Prensa Médica Mexicana. 1993. pp. 399.

Henderson Virginia R.N., A.M. Enfermería Teórica y Práctica. Editorial La Prensa Médica Mexicana, S.A. Volumen 2. pp.558

Instituto Nacional de la Nutrición. Manual de Terapéutica Médica. Editorial Interamericana, 3ª edición, México 1996. pp. 909.

Jo Ann Grif Alspach, RN, MSN, Ed D. Cuidados intensivos en el adulto. Editorial Interamericana, 4ª edición. México 1993, pp. 834.

L. Wieck. E. M. King. M. Dyer. Técnicas de Enfermería. Editorial Interamericana, 3ª edición, México 1990. pp. 1177.

Roper, Nancy. Diccionario de Enfermería. Editorial Interamericana, 15ª edición, México 1991, pp. 399.

Rosales Barrera Susana. Fundamentos de Enfermería. Editorial Manual Moderno, México 1991, pp. 463.