



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE
CHIHUAHUA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
LABORATORIO DE
PROPEDEUTICA DE SALUD Y PROPEDEUTICA DEL
CUIDADO HUMANO II



Facultad de
Enfermería y
Nutriología

ÍNDICE

INSTALACIÓN DE CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO.....	2
BAÑO DE ESPONJA.....	5
TENDIDO DE CAMA.....	9
CAMBIOS POSTURALES.....	13
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.....	17
ASPIRACIÓN DE SECRECIONES.....	21
COLOCACIÓN DE SONDA VESICAL.....	25
COLOCACIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA.....	29
APLICACIÓN DE VENDAJES.....	34
TOMA Y MONITORIZACIÓN DE SIGNOS VITALES.....	39
CURACIÓN DE HERIDAS.....	45
COLOCACIÓN DE ENEMA EVACUANTE.....	49
TERMORREGULACIÓN.....	53
AUXILIAR EN LA ELIMINACIÓN DE ORINA Y HECES FECALES (COLOCACIÓN DE CÓMODO Y ORINAL).....	56
OXIGENOTERAPIA.....	60

INSTALACIÓN DE CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO

Descripción:

Es un método de obtener un acceso vascular periférico con el fin de administrar fármacos y perfundir líquidos al cuerpo.

OBJETIVOS

Mantener una vía periférica permeable para la administración de líquidos y medicamentos necesarios para algún procedimiento o tratamiento.

ALCANCE

El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice Instalación de catéter venoso periférico. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

RESPONSABLES:

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Estudiantes y del Programa de Licenciatura en Enfermería

MATERIAL Y EQUIPO

- Catéter



- Ligadura



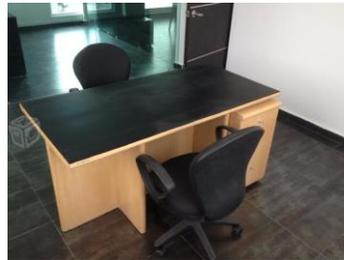
- Apósito transparente



- Torundas alcoholadas



- Unidad de cuidado/silla y mesa



- Guantes de látex



- Cinta adhesiva transparente (transparente)



- Equipo para CVP



(Normogotero)

- Solución (la necesaria)

DESARROLLO

- Realizar lavado de manos.
- Preparar todo material que se vaya a utilizar, eligiendo el catéter del calibre adecuado según las necesidades y características específicas de la persona de cuidado.
- Colocar el equipo para catéter venoso periférico (normogotero) en la solución, realizar el llenado del equipo y su respectiva eliminación de aire.
- Explicar a la persona de cuidado el procedimiento a realizar.
- Colocar guantes.
- Seleccionar el sitio de punción, eligiendo el vaso sanguíneo por anatomía, siempre de lo distal a lo proximal.
- Realizar asepsia del sitio de punción.
- Abrir el empaque del catéter y comprobar su permeabilidad tirando ligeramente el punzo, retirándolo un poco del catéter.
- Colocar la ligadura en forma de torniquete en un sitio superior al elegido para puncionar.
- Puncionar con el bisel hacia arriba en el sitio seleccionado con la mano dominante, al obtener retorno venoso retirar la ligadura y presionar con la mano no dominante el vaso puncionado en una parte superior.
- Retirar el punzo, dejando solamente el catéter dentro del vaso sanguíneo y conectar rápidamente el quipo para catéter venoso periférico, hecho esto se

dejan ingresar algunos mililitros de solución para verificar la permeabilidad del catéter.

- Se fija el catéter con el apósito transparente y se auxilia de la tela adhesiva transparente, siempre dejando visible el sitio de punción (Fig. 1)
- Finalmente se describe junto al sitio de punción la fecha en la que se colocó el catéter y el equipo para catéter venoso periférico, así como el nombre de la persona que lo colocó.



Fig. 1

Recomendaciones

Vigilar siempre los signos de infección en el área de inserción del catéter.

Mencionar a la persona de cuidado que no debe manipular su catéter, así como de mencionar al personal de enfermería cualquier molestia que sienta respecto a este.

Mencionar a la persona de cuidado que al realizar caminatas o movimientos en los que su solución sea puesta a un nivel por debajo del sitio de inserción cierre el normo gotero o bien pida que lo hagan por él.

BAÑO DE ESPONJA

Descripción

Es la limpieza integral del cuerpo con agua y jabón cuando la persona de cuidado tiene la imposibilidad física para la ejecución de movimientos o como parte de un tratamiento.

OBJETIVOS

Proporcionar la persona el aseo necesario para satisfacer las necesidades de higiene, confort y seguridad, conservando el buen estado de hidratación de la piel.

ALCANCE

El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice el baño de esponja. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

RESPONSABLES:

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Estudiantes y del Programa de Licenciatura en Enfermería

MATERIAL Y EQUIPO

- Guantes desechables



- 2 Palanganas



- 1 jabón en barra neutro



- 2 esponjas de baño



- toallas de baño



- Agua tibia



DESARROLLO

- Reunir el material requerido para realizar la técnica.
- Informar a la persona de cuidado y/o familiar el procedimiento a realizar y pedir su consentimiento.
- Previamente se deberá evaluar:
 - El nivel de autocuidado de la persona de cuidado.
 - El grado de movilización.
 - La presencia de dolor.
- Se estimulará a la persona de cuidado en la participación de su higiene y cuidado, así como la de sus familiares o cuidadores primarios.
- Cuidar la privacidad de la persona de cuidado con cortinas o biombo.
- Llenar las dos palanganas con agua tibia.
- Tener siempre a la mano el material que se va a utilizar (buró, mesa de puente)
- Colocarse guantes.
- Retirar sábana superior, así como la bata de la persona de cuidado e inmediatamente colocar una toalla sobre su cuerpo.

- Adecuar la cama de la persona de cuidado, si su padecimiento lo permite, en posición fowler o semifowler.
- Colocar una palangana bajo la cabeza de la persona de cuidado y lavar el cabello, si la persona puede hacerlo se deberá pedir que lo haga. Una vez lavado se colocará una toalla cubriéndolo para poder secarlo.
- Lavar el rostro, orejas y cuello, con una esponja se deberá enjabonar y con la segunda retirar el jabón con un poco de agua. Ir secando con la segunda toalla.
- Lavar los brazos con la esponja con jabón y enjuagarlos, secar inmediatamente. Tallar sus axilas y secarlas. Posteriormente se deberá tallar el tórax y abdomen y enjuagar con rapidez para evitarle frío a la persona, se deberá colocar la toalla inmediatamente.
- Con ayuda, lateralizar a la persona de cuidado, valorar la piel de su espalda con el fin de hallar lesiones o erupciones en la piel. Posterior a esto, lavar la espalda y enjuagar con la esponja sin jabón. Secar inmediatamente. Si la familia le proporciona crema corporal aplicarla en ese momento y dar un ligero masaje.
- Pedir a la persona de cuidado que flexione las piernas (en caso de que le sea posible) tallarlas y enjuagarlas.
- Finalmente pedir a la persona de cuidado que se lave sus genitales, si la persona no puede hacerlo debido a su patología, el personal de enfermería lo hará, siempre y cuando se le explique el procedimiento y cuidando siempre su privacidad. Se deberán secar inmediatamente.
- Las esponjas utilizadas en el baño serán desechadas.
- La ropa sucia llevada de inmediato al tánico o bien al cuarto séptico.
- Se colocará bata y sábanas limpias.
- Si la persona puede hacerlo se cepillará el cabello y lavará su cavidad bucal. De no ser posible se le proporcionará ayuda o bien se le pedirá al familiar lo asista en dichas actividades.

Recomendaciones

Siempre deberá explicar a la persona de cuidado el procedimiento a realizar paso a paso, aun así, este se encuentre inconsciente.

Se deberá involucrar a la familia siempre en el procedimiento.

TENDIDO DE CAMA

Descripción

Procedimiento que se realiza para preparar la cama clínica en diferentes situaciones.

OBJETIVO

Brindar seguridad y comodidad a la persona de cuidado.

Preparar la unidad con elementos necesarios para el cuidado del paciente.

Facilitar la movilización y el traslado de la persona de cuidado.

ALCANCE

El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice Tendido de cama. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

RESPONSABLES:

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Estudiantes y del Programa de Licenciatura en Enfermería

MATERIAL Y EQUIPO

- Guantes desechables.



- Juego de sábanas (sábana superior, sábana clínica, sábana inferior)



- Cama hospitalaria



DESARROLLO

- Preparar el material.
- Identificar qué tipo de tendido se va a realizar:
 - Cama abierta.
 - Cama cerrada.
 - Cama quirúrgica.
- Trasladar el material a la unidad de cuidado donde se realizará el tendido de cama.

- En caso de que sea a una cama ocupada, se deberá explicar a la persona de cuidado el procedimiento a realizar (normalmente se realiza el tendido de cama al realizar el baño de esponja)
- Colocarse los guantes desechables.
- Movilizar la cama al nivel más alto posible para proteger la integridad de quien realiza el procedimiento.
- Retirar la ropa sucia que haya en la cama y depositarla en el tánico, o bien directamente en el cuarto séptico.
- Colocar la sábana inferior, procurando no agitarla. Extenderla por todo el colchón sin dejar arrugas.
- Colocar la sabana clínica sobre la sábana inferior, de manera que esta quede en el torso de la persona al encontrarse ocupada. Fig. 2



Fig. 2

- Colocar la sábana superior, de la misma manera, sin agitarlas.
- Se colocará según sea el tipo de tendido que se requiera:
 - Abierta: se dejará la sábana superior con un dobléz que indicará que la persona que ocupa la cama se encuentra deambulando. Fig. 3



Fig. 3

- Cerrada: se dejará la sábana superior completamente sobre puesta en la cama, lo cual indica que esta cama no está ocupada por un paciente. Fig. 4



Fig. 4

- Cama quirúrgica: En este tipo de tendido se omitirá la colocación de la sábana clínica, y la sábana superior se acomodará de una manera en la que a la persona de cuidado le sea fácil su movilización de la camilla hacia la cama en el periodo postquirúrgico. Fig. 5

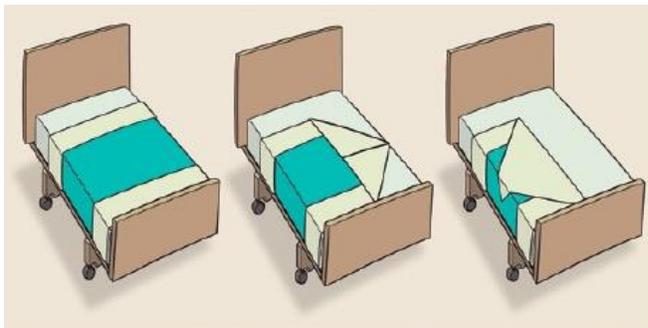


Fig. 5

Recomendaciones

- La ropa de cama, tanto limpia como sucia, no debe tocar el uniforme de enfermero o enfermera.
- Evitar arrugas en la sábana inferior.
- Las sábanas se cambiarán cuantas veces sea necesario, siempre que se encuentren con humedad o suciedad.

CAMBIOS POSTURALES

Descripción.

Los cambios posturales son las modificaciones realizadas en la postura corporal de la persona de cuidado encamado.

OBJETIVO

Proporcionar los movimientos necesarios para prevenir la aparición de úlceras por presión y otras complicaciones derivadas de la inmovilidad, ayudando al paciente mantener una postura adecuada para favorecer su bienestar todo ello en condiciones de seguridad y comodidad.

ALCANCE

El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice los Cambios Posturales. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

RESPONSABLES:

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.
Estudiantes y del Programa de Licenciatura en Enfermería

MATERIAL Y EQUIPO

- Sábana clínica



- Faja (si el enfermero o enfermera lo considera necesario)



DESARROLLO

- Lavado de manos.
- Explicar a la persona de cuidado y al familiar el procedimiento y beneficios que este conlleva.
- Cambiar de posición cada 2 horas, rotando las que se muestran a continuación.
 - DECÚBITO SUPINO

- Poner la cama en posición horizontal y colocar una sábana entremetida.
- Desplazar a la persona de cuidado al centro de la cama con ayuda de la sábana entremetida.
- Colocar bajo la cabeza una almohada, de modo que el cuello quede recto, alineado con la columna, pero no hiperextendido.
- Situar los brazos a lo largo del cuerpo, con los codos ligeramente flexionados, o colocados encima del abdomen.
- Colocarle las muñecas en posición neutral, en actitud natural de descanso.
- Levantarle los talones un poco por encima del colchón, utilizando una almohada pequeña, bolsas de agua o algún otro.
- Colocar los pies formando un ángulo de 90º con las piernas.
- DECÚBITO LATERAL
- Desplazar a la persona de cuidado con la ayuda de la sábana entremetida hacia el lado contrario del que se le va a colocar.
- Colocarle lateralmente, situando una almohada en la espalda para mantener la posición. La cabeza debe apoyarse sobre otra almohada, manteniendo la alineación con la columna.
- Extenderle la pierna inferior en línea recta con la espalda y los hombros.
- Flexionarle la pierna superior por la cadera y la rodilla y apoyarla sobre una almohada que vaya desde la parte superior del muslo hasta la pantorrilla.
- Colocarle el brazo inferior en rotación externa.
- El brazo superior se colocará con el codo en flexión, si es posible encima de una almohada.
- DECÚBITO PRONO
- Colocar la persona de cuidado en esta postura con ayuda de una sábana entremetida.

- Colocar la cabeza ladeada apoyada sobre una almohada y alineada con el resto del cuerpo.
- Colocar los brazos separados del cuerpo con los codos flexionados descansando las palmas de las manos sobre la cama.
- Las extremidades inferiores deben estar extendidas y se recomienda que los pies cuelguen al final del colchón para prevenir el equinismo.
- Siempre que sea necesario utilizar almohadas o en hombros, abdomen, muslos y piernas para disminuir la presión en las prominencias óseas.
- FOWLER.
- Para asumir la posición de Fowler, hay que poner al individuo sobre su cama en una posición semi sentada de aproximadamente 45-60º con las rodillas extendidas o flexionadas utilizando una almohada o bolsas de agua.
- Colocar la cabecera de la cama eleva unos 60-90 cm hasta la altura deseada y producir el ángulo característico de la postura para mayor confort del individuo utilizar una almohada detrás del cuello.
- Normalmente esta posición es utilizada al alimentar a la persona de cuidado.

Recomendaciones

Prestar atención especial en la realización de las maniobras si la persona de cuidado es portador de sueros, sondas o algún otro dispositivo, dejándolos correctamente colocados una vez acomodado el paciente.

Evitar el contacto de prominencias óseas entre sí. Para evitarlo se puede recurrir a almohadas.

Educar siempre a la persona de cuidado sobre los cambios posturales y pedirle que los realice a medida de sus posibilidades.

Educar a la familia sobre posibles complicaciones al no realizar este tipo de actividades e involucrarlos y enseñarles para su posterior cuidado en casa.

En cada movilización, siempre se deberá valorar a la persona de cuidado, principalmente la integridad de su piel y el alcance de sus movimientos.

Al realizar estos movimientos en enfermero o enfermera deberá cuidar su integridad, de serle imposible la movilización por el peso de la persona de cuidado, deberá pedir ayuda para ser realizado entre dos o más colegas.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Descripción

Procedimiento mediante el cual se proporciona un medicamento a la persona de cuidado por diferentes vías. Lo debe realizar personal sanitario cualificado (enfermería en este caso) y se debe garantizar en todo momento la seguridad de la persona de cuidado.

OBJETIVO

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

ALCANCE

El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice la Administración de Medicamentos.. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

RESPONSABLES:

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.
Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.
Estudiantes y del Programa de Licenciatura en Enfermería

MATERIAL Y EQUIPO

- Guantes de látex.



- Torundas alcoholadas



- Ligadura



- Jeringa con aguja de 1 ml, 3 ml, 5 ml y 10 ml.



- Agua inyectable (como diluyente)



DESARROLLO

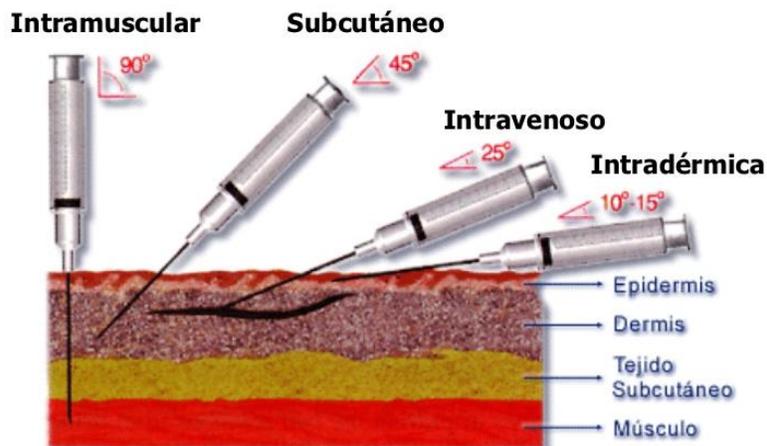
- Lavado de manos.

- Preparar el material necesario según el medicamento, dosis y vía de administración.
- Explicar a la persona de cuidado el procedimiento a realizar.
- Colocarse guantes.
- Tener en cuenta los 5 correctos:
 - Medicación correcta, se rectifica con el kárdex y las indicaciones médicas.
 - Dosis correcta, verificar los mililitros o gramaje correctos, con sus respectivas conversiones.
 - Vía correcta, corroborar la técnica y la manera en la que el fármaco será introducido al cuerpo.
 - Hora correcta, tomando en cuenta la hora de dosis inicial, única y de sostén.
 - Persona de cuidado correcto, verificar el nombre en el brazalete y tarjeta de identificación.
- Administrar el medicamento según la vía que corresponda:
 - VÍA INTRAVENOSA:
 - Seleccionar el medicamento e introducirlo a la jeringa, dependiendo de la dosis será la capacidad de la misma.
 - Agregar diluyente, la cantidad puede variar dependiendo de los efectos adversos que caracterizan a cada medicamento.
 - Verificar los 5 correctos.
 - Seleccionar la vena en la que vamos a puncionar para introducir el medicamento. Preferentemente en la vena cefálica en la zona antecubital.
 - Colocar la ligadura y esperar a que las venas sean visibles.
 - Aseptizar el sitio donde se va a puncionar.
 - Puncionar el vaso sanguíneo con el bisel de la aguja hacia arriba y al obtener retorno ir introduciendo lentamente el medicamento en el vaso sanguíneo.

- Una vez terminado, se retira la aguja y se coloca una torunda alcoholada en el sitio de punción.
- Esta vía de administración también es utilizada directamente en el catéter venoso periférico.
- VÍA INTRADÉRMICA:
- Prepara el medicamento e introducirlo en su respectiva jeringa (jeringa de 1cc)
- Seleccionar el sitio de inyección: Parte interna del brazo y región escapular, alternado los puntos de inyección cuando se administren inyecciones múltiples, cuidando que en el área no exista lesión o datos de infección o cambios de coloración de la piel.
- Aseptizar el sitio de punción e introducir la aguja en un ángulo de 10 a 15 grados respecto a la piel.
- Deberá formarse una pápula que contendrá el medicamento, el cual irá absorbiéndose lentamente.
- Retirar la aguja y colocar una torunda alcoholada en el sitio de punción sin presionar.
- VÍA SUBCUTÁNEA:
- Preparar el medicamento e introducirlo en la jeringa.
- Colocar a la persona de cuidado en la posición adecuada, según la zona elegida para realizar la punción. Las zonas de elección más frecuentes son las siguientes: zona lateral exterior del brazo, zona abdominal, alrededor del ombligo, zona escapular y cara lateral exterior del muslo.
- Realizar asepsia de la zona de punción.
- Con la mano no dominante tomar la piel del paciente formando un pliegue de unos 2cm e introducir la aguja con el bisel hacia arriba en un ángulo de 45 grados respecto a la piel.
- Soltar el pliegue e introducir lentamente el medicamento.
- Retirar la aguja y la jeringa, y aplicar una suave presión con una torunda sobre la zona de punción, sin friccionar, hasta comprobar

que no hay hemorragia.

- VÍA INTRAMUSCULAR:
- Preparar el medicamento e introducirlo a la jeringa según sea la necesidad de volumen a administrar.
- Colocar a la persona de cuidado en la posición adecuada, según la zona elegida para realizar la punción: zona glútea (ventroglútea y dorsoglútea), vasto externo y deltoides.
- Mantener siempre protegida la intimidad de la persona de cuidado.
- Aseptizar la zona de punción.
- Introducir la aguja en un ángulo de 90 grados con respecto a la piel succionando un poco al introducir, si succiona sangre no deberá administrar el medicamento, deberá retirar la aguja y utilizar otra. Si por lo contrario, no succiona sangre, introducirá el medicamento lentamente.
- Retirar la aguja y colocar una torunda alcoholada en el sitio de punción hasta cerciorarse de que no haya hemorragia.



Recomendaciones

- En caso de presentarse molestia como ardor o dolor muy intenso durante la administración del medicamento intravenoso, se suspenderá la administración.
- Se deberá registrar siempre en la hoja de enfermería siempre que se administre un medicamento.

ASPIRACIÓN DE SECRECIONES

Descripción

Es la succión de secreciones a través de un catéter conectado a una toma de succión.

OBJETIVO

Mantener la permeabilidad de las vías aéreas favoreciendo la ventilación respiratoria, al mismo tiempo que previene infecciones y atelectasias por la acumulación de secreciones.

ALCANCE

El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice La aspiración de secreciones.. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

RESPONSABLES:

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Estudiantes y del Programa de Licenciatura en Enfermería.

MATERIAL Y EQUIPO

- Sistema de succión (portátil o succión en pared)



- Guantes desechables estériles



- Solución fisiológica para irrigación



- Jeringa de 10 ml



- Sonda para aspiración de secreciones



- Solución antiséptica (yodopovidona)



- Riñón estéril



- Lubricante (jalea)



- Cubre boca



- Gafas de protección

DESARROLLO

- Preparar el material y equipo necesario para realizar la técnica.
- Explicar a la persona de cuidado el procedimiento a realizar.
- Tomar signos vitales.
- Corroborar la funcionalidad del aspirador y ajustarlo (fijos: 80-120 mmHg, portátiles: 10-15 mmHg)
- Corroborar la funcionalidad del equipo de oxigenación.
- Colocar a la persona de cuidado en posición semifowler, en caso de existir contraindicación se le hará en decúbito supino.
- Lavado de manos.
- Colocarse cubre boca y gafas protectoras.
- Vaciar solución en nuestro riñón.
- Activar el aspirador o el sistema de pared.
- Colocarse guantes con la técnica estéril. Considerando solamente la mano dominante como estéril y la no dominante como no estéril.
- Con la mano dominante sacar de la envoltura la sonda de aspiración y enrollarla en la misma.
- Conectar la sonda de aspiración a la tubería de aspiración con la mano no dominante, protegiendo con la dominante el resto de la sonda. Se deberá comprobar que existe fuerza de succión tocando con la mano dominante la válvula de presión.
- Lubricar la punta de la sonda con jalea.

- Introducir suavemente la sonda durante la inspiración, no deberá aspirar mientras introduce para evitar la desoxigenación y el daño a las mucosas.
- Realizar la aspiración de la persona de cuidado, retirando la sonda de 2 a 3 cm mientras se aplica una aspiración intermitente presionando la válvula con la mano no dominante.
- Se deben realizar movimientos circulares en la sonda durante la aspiración.
- La aspiración debe durar de 10 a 15 segundos y después extraer poco a poco la sonda. Esperando por lo menos 3 minutos para la siguiente aspiración.
- Monitorizar siempre la oxigenación y coloración de la persona de cuidado.
- Limpiar la sonda con gasa estéril y succionar un poco de agua del riñón.
- Repetir las aspiraciones hasta que la persona de cuidado lo tolere y se vea una mejoría en el proceso de ventilación.
- Al terminar, desechar los guantes, la sonda y el agua utilizada.
- Realizar higiene bucal de la persona de cuidado.
- Documentar en la nota de enfermería la hora y fecha de la aspiración, así como las características de las secreciones.

Recomendaciones

- Vigile siempre la oxigenación de la persona de cuidado.
- Mantenga siempre hidratado al paciente con secreciones para que sea más fácil su expulsión.
- Puede ayudarse con palmo percusión y posiciones que ayuden a la expectoración.

COLOCACIÓN DE SONDA VESICAL

Descripción

Es una técnica invasiva que consiste en la introducción de una sonda hasta la vejiga a través del meato uretral con el fin de establecer un drenaje vesical ya sea temporal o permanente, desde la vejiga exterior, con fines diagnósticos y/o terapéuticos.

OBJETIVO

Facilitar la evacuación de orina.

Obtener una muestra sin contaminación del exterior.

Cuantificar diuresis.

Tratamiento postquirúrgico.

Identificar anomalías en vejiga o uretra.

ALCANCE

El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice Colocación de sonda vesical. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

RESPONSABLES:

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Estudiantes y del Programa de Licenciatura en Enfermería.

MATERIAL Y EQUIPO

- Riñón



- Guantes desechables



- Gasas estériles



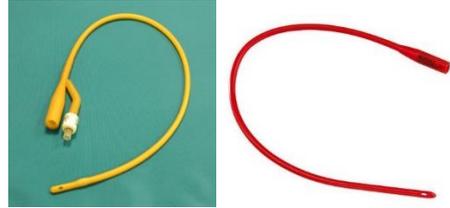
- Solución antiséptica (yodopovidona)



- Guantes estériles



- Sonda vesical tipo Foley o Nelaton del calibre requerido



- Lubricante



- Jeringa 10 cc



- Solución fisiológica o agua inyectable



- Bolsa colectora



- Tela adhesiva o material para la fijación



DESARROLLO

- Establecer una adecuada relación enfermero-paciente.
- Realizar interrogatorio dirigido que ayude a descartar alguna contraindicación para el procedimiento o a identificar fuentes de complicaciones.
- Explicar el procedimiento al paciente y que éste nos otorgue su consentimiento para realizarlo.
- Asegurarse de tener una adecuada iluminación.
- Realizar lavado de manos no quirúrgico y colocarse los guantes desechables.
- Usando la solución antiséptica y agua tibia realizar lavado de región púbica, en hombres: escroto, pliegues inguinales, cuerpo del pene, retraer el prepucio y realizar lavado del glande desde el meato hasta el surco balanoprepucial. En mujeres: labios mayores, con la mano no dominante separar los labios mayores y continuar lavado en pliegues entre labios mayores y labios menores, en cara interna de labios menores y en el resto de la región perineal. (Recuerde usar una gasa nueva para cada región)
- Limpiar el exceso de jabón con agua tibia y secar el glande.
- Colocar el cómodo al lado de la persona de cuidado para drenar la orina.
- Cambiar los guantes desechables por guantes estériles.

- Verificar la integridad del globo y desinflarlo por completo (sonda Foley)
- Llenar con el volumen deseado de solución inyectable, la jeringa de 10cc.
- En hombres: Con una gasa retraer el prepucio y con la mano no dominante rectificar la uretra traccionando ligeramente el pene a 90°.
- En mujeres: Con la mano no dominante separar los labios e identificar la uretra.
- Lubricar el extremo proximal de la sonda.
- Tomar la sonda con la mano dominante e introducirla en el meato urinario, avanzar la sonda aproximadamente 5 cm después de que comience a drenar orina.
- En caso de ser sondaje Nelaton solo se vaciará la vejiga y se retirará lentamente la sonda.
- Al ser un sondaje Foley se deberá inflar el globo con la solución inyectable.
- Tirar suavemente de la sonda hasta sentir que el globo llega al esfínter urinario interno (no jalar bruscamente ya que se puede desgarrar el esfínter y lesionar la uretra).
- Conectar el extremo distal de la sonda a la bolsa colectora.
- Fijar la sonda a la cara interna del muslo de la persona de cuidado con tela adhesiva. Escribir fecha del procedimiento.
- En caso de haber retraído el prepucio, en hombres, regresarlo para evitar fimosis.
- Informar a la persona de cuidado que el procedimiento ha terminado.

Recomendaciones

- Cuidar siempre la intimidad de la persona de cuidado.
- Llenar el balón siempre con la cantidad que la sonda marca.
- Explicar con cuidado el procedimiento, así como las molestias que puede sentir.

COLOCACIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA

Descripción

La colocación de una sonda nasogástrica consiste en la introducción de un tubo flexible desde uno de los orificios nasales hasta el estómago.

OBJETIVOS

Administración de alimentación enteral.

Administración de medicamentos.

Realizar lavados gástricos.

Aspirar contenido gástrico.

ALCANCE

El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice la colocación de sonda nasogastrica.

Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

RESPONSABLES:

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Estudiantes y del Programa de Licenciatura en Enfermería

MATERIAL Y EQUIPO

- Sonda Levin



- Jeringa de 20 ml



- Riñón



- Tela adhesiva



- Jalea lubricante



- Guantes desechables

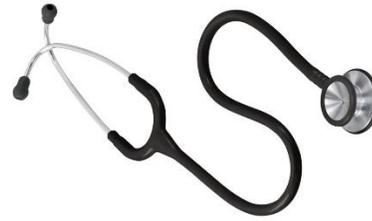
DESARROLLO



- Vaso con agua



- Estetoscopio



- Gasas o toallas de papel



- Preparar el material para realizar el procedimiento.
- Antes del procedimiento se requiere, si es posible, de ayuno de por lo menos cuatro horas, ya que el paciente puede vomitar y bronco aspirar.
- Explicar claramente el procedimiento a la persona de cuidado y pedirle su máxima colaboración.
- Mantener al alcance de la persona de cuidado un vaso con agua, que será utilizado posteriormente durante el procedimiento.
- Es deseable colocar a la persona de cuidado en posición sentada en semifowler, ya que así se disminuye el reflejo nauseoso y se facilita la deglución.
- Ponerse los guantes.
- Determinar la longitud de la sonda midiendo del orificio nasal al lóbulo de la oreja y de ahí al apéndice xifoides, que será la longitud necesaria para llegar al estómago. Fig. 6

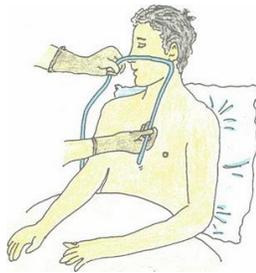


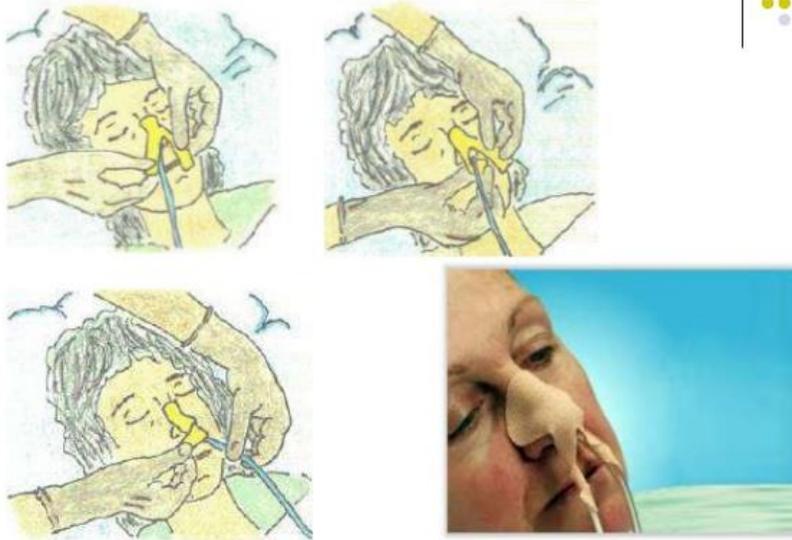
Fig. 6

- Verificar la integridad de la sonda.
- Lubricar el extremo distal de la sonda para evitar lesión o irritación de la mucosa.
- Seleccionar la narina más permeable, asegurándose de que no exista obstrucción trauma nasal; si así fuera, utilizar la vía oral como ruta alterna.
- No se recomienda el uso de anestesia local; sin embargo, si el procedimiento es demasiado molesto, se puede instilar xilocaína en aerosol en la bucofaringe de la persona de cuidado.
- Insertar la sonda en la narina de la persona de cuidado en un ángulo de 60 a 90° respecto al plano de la cara, siguiendo el piso de la nariz hasta llegar

a la pared de la faringe. En este momento el paciente debe flexionar la cabeza hacia delante, apoyando la barbilla sobre la horquilla esternal.

- Avanzar la sonda firmemente, al mismo tiempo que se le pide al paciente que degluta (saliva o agua de nuestro vaso). Esto evita la resistencia que opone el cierre espástico del paladar blando, que ejerce presión contra el músculo constrictor superior de la faringe, lo que puede favorecer su paso a la tráquea
- Introducir la sonda hasta que la marca previamente medida llegue a la fosa nasal.
- Se deberá retirar la sonda inmediatamente si se notan alteraciones de la vía respiratoria (tos, disnea o cianosis).
- Para verificar si dicha sonda ha sido colocada correctamente podemos:
 - Aspirar un poco con la jeringa a través de la sonda en la cual deberá aparecer jugo gástrico.
 - Auscultar la región del epigastrio al mismo tiempo que se insufla aire con una jeringa a través de la sonda; debe escucharse el flujo del aire.
 - Sumergir el extremo proximal de la sonda en un vaso con agua para verificar que no se produzcan burbujas; lo contrario es indicador de que la sonda se encuentra en vía aérea.
 - Radiografía.
- Una vez verificada la correcta realización del procedimiento, se procede a fijar, para lo que se cortará tela adhesiva en forma de “Y” y se fijará en nariz. De ser necesario se colocará otra fijación en la mejilla.

Fijación de la SNG



Recomendaciones

- El procedimiento debe llevarse a cabo en un área física adecuada, con buena iluminación, espacio, comodidad para el paciente y el médico y con adecuada ayudantía.
- Se debe realizar este procedimiento con rapidez y cuidado.
- Se deberá valorar siempre la integridad de la piel en las áreas donde la sonda haga contacto, así como en la zona de fijación.
- Prevenir resequedad bucal y nasal.
- Promover la higiene bucal involucrando al familiar.
- Mantener la sonda permeable con irrigación.

APLICACIÓN DE VENDAJES

Descripción

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

Objetivo

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

ALCANCE

El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice la aplicación de vendajes.. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

RESPONSABLES:

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Estudiantes y del Programa de Licenciatura en Enfermería

MATERIAL Y EQUIPO

- Vendas de diferentes tamaños (2 cm, 5 cm, 10 cm, 15cm, 20 cm, 25 cm y 30 cm)



- Tela adhesiva



- Tijeras



- Guantes desechables

DESARROLLO

- Preparar el material necesario según el tipo de vendaje indicado.
- Realizar la higiene de manos y nos colocar los guantes no estériles.
- Identificar al paciente y le explicar el procedimiento a realizar, tanto a él como a su familia. Pedir su colaboración en la medida de lo posible.
- Proporcionaremos la intimidad necesaria.
- Se coloca la región o miembro a vendar en una posición funcional con las articulaciones levemente flexionadas. Se deberá asegurar que la zona se encuentre limpia y seca.
- En caso de haber heridas o úlceras que curar antes del vendaje, las realizaremos, si éste es de miembro superior, retiraremos anillos y pulseras y le indicaremos al paciente que no debe ponérselos hasta la retirada definitiva del vendaje.

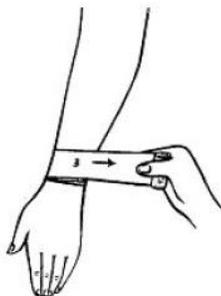


- Tomar la venda con una mano y el extremo de ésta con la otra, empezaremos desenrollando siempre por la zona más distal y cara anterior del miembro, las personas diestras colocan la venda de izquierda a derecha.
- Continuar vendando de manera homogénea sin ejercer presión y cubrir bien las prominencias óseas.
- Aplicar la venda elástica desde la zona distal hasta la proximal, ejerciendo la presión necesaria que requiera el vendaje y realizándolo según el tipo indicado.
- Finalizaremos el vendaje en una zona alejada de la lesión y fijar con tela adhesiva.
- Si se trata de cubrir una lesión, el vendaje cubrirá los bordes con un ancho superior a 5 cm.
- Verificar que el vendaje no se encuentre muy justo ni muy flojo.

Tipos de vendaje:

- Vendaje circular

Se utiliza para vendar una zona cilíndrica del cuerpo o fijar el vendaje en sus extremos. Comenzaremos desenrollando la venda cubriendo la zona, de manera que cada vuelta vaya cubriendo a la anterior por completo. Nunca se debe iniciar ni terminar el vendaje sobre una lesión, hay que dejar un margen de al menos 5 cm. Tiene función de protección y sujeción.



- Vendaje espiral

Se usa normalmente en las extremidades, su función es compresiva y protectora. Se coloca llevando hacia arriba el vendaje en un leve ángulo, de modo que se cubra la zona que se desea. Las vueltas de venda son paralelas y se superponen a la misma en unos dos tercios del ancho.



- **Vendaje de espiga**

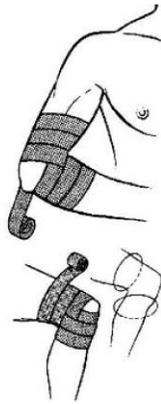
Se usa para miembros inferiores y en ocasiones en los superiores. Se realiza igual que el vendaje en espiral, salvo que vamos retrocediendo con la venda, de manera, que las vueltas que se van superponiendo se crucen. Tiene función compresiva y favorece el retorno venoso.



- **Vendaje en ocho**

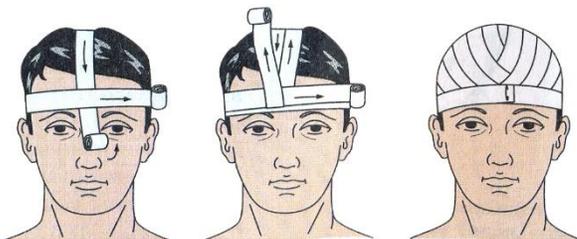
Se utiliza para vendar articulaciones, especialmente manos y pies, es muy útil en rodilla y codo. Iniciamos el vendaje sujetando la venda bajo la articulación con varias vueltas espirales, luego, se realiza una vuelta ascendente que cubre la articulación, la aseguramos con vueltas espirales en la zona superior.

Después alternaremos vueltas ascendentes y descendentes que se cruzan entre si y se van superponiendo a las anteriores en al menos dos tercios del ancho de la venda, dibujando la figura del ocho.

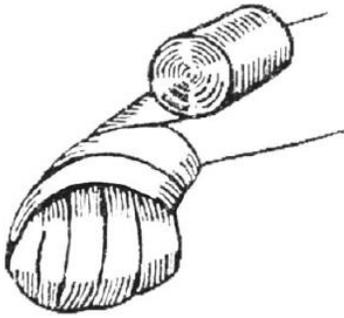


- **Vendaje recurrente**

Se utiliza para realizar capelinas (vendaje de cabeza), vendar dedos y muñones. Fijaremos la venda en la zona proximal con dos vueltas circulares, giraremos la venda para que quede perpendicular a las vueltas circulares y vendaremos la zona distal de delante a la inversa hasta que quede bien cubierto, luego fijaremos con varias vueltas circulares. Su función es la de proteger, sujetar y comprimir.



VENDAJE CAPELINA



VENDAJE EN MUÑON

Recomendaciones

- Cambiar el vendaje cuantas veces sea necesario.
- Tirar a la basura común las vendas ya utilizada.
- Asegurarse de que el área de vendaje se encuentre siempre limpia y seca.
- Pedir a la persona de cuidado que exprese cualquier molestia referente al vendaje.

TOMA Y MONITORIZACIÓN DE SIGNOS VITALES

Descripción

Los signos vitales son parámetros clínicos que reflejan el estado fisiológico del organismo humano, y esencialmente proporcionan los datos (cifras) que nos darán las pautas para evaluar el estado homeostático del paciente, indicando su estado de salud presente, así como los cambios o su evolución, ya sea positiva o negativamente. Los signos vitales incluyen: Temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca y presión arterial.

OBJETIVO

Obtener un registro exacto y de ser necesario continuo de las variantes en el estado fisiológico que se encuentra el organismo humano. Evaluando en todo momento y de forma completa las condiciones de la persona de cuidado para así realizar valoraciones adecuadas para la toma de decisiones del diagnóstico y tratamiento.

ALCANCE

El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice la toma y monitorización de signos vitales.. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

RESPONSABLES:

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Estudiantes y del Programa de Licenciatura en Enfermería

MATERIAL Y EQUIPO

- Termómetro de mercurio o digital (axilar, rectal o bucal)



- Torundas alcoholadas



- Baumanómetro



- Estetoscopio



- Reloj de manecillas con segundero



- Pluma



DESARROLLO

- Informar siempre a la persona de cuidado el procedimiento a realizar y pedir su consentimiento.
- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y equipo necesario para realizar la técnica.
 - **Toma de temperatura:**
 - Sacar el termómetro y limpiarlo con una torunda con solución desinfectante, secarlo con otra nueva y desechar las torundas.
 - Rectificar que la columna del mercurio registre menos de 35° C, si no es así, tome el termómetro con el dedo índice y pulgar y agítelo enérgicamente mediante movimientos hacia abajo y bajar el nivel del mercurio a 35° C.

- Colocar a la persona de cuidado en una posición adecuada y cómoda, tomando en cuenta el diagnóstico e indicaciones posturales. Preparar la zona donde se va a tomar la temperatura.
- Colocar el termómetro en la región elegida.
- Axilar: Colocar el termómetro en el centro de la axila (elevar el brazo del paciente, colocar el termómetro y bajar el brazo, pedirle que lo cruce para sostener el termómetro).
- Dejar colocado el termómetro por espacio de 3 a 5 minutos.
- Retirar el termómetro y secarlo con una torunda seca en dirección del bulbo.
- Verificar los grados de temperatura corporal registrados por la persona de cuidado y anotar la cifra en la libreta correspondiente, indicando la fecha y hora del procedimiento.
- **Toma de frecuencia respiratoria:**
- Trasladar el material y equipo a la unidad de cuidado de la persona de cuidado.
- Lavado de manos.
- Explicar el procedimiento a la persona de cuidado.
- Observar la elevación y descenso del abdomen del paciente durante 60 segundos y observar: Profundidad y esfuerzo para respirar, amplitud y ritmo de las respiraciones; sonido en caso de presencia y la coloración de la persona de cuidado.
- Registrar la frecuencia respiratoria obtenida en la hoja correspondiente del expediente clínico y graficarla, observar si el ritmo y profundidad están alterados. Anotar la fecha y hora de la toma del procedimiento.
- Comparar la frecuencia respiratoria con registros anteriores.
- **Toma de frecuencia cardíaca:**
- Lava lado de manos.
- Explicar el procedimiento al paciente.

- Seleccionar la arteria en que se tomará la frecuencia del pulso: Radial, temporal, facial, carotídeo, humeral, femoral o pedio.
- Por palpación: Colocar la yema de los dedos índice, medio y anular sobre la arteria. Suele utilizarse la arteria radial debido a que está cerca de la superficie de la piel y es fácilmente accesible.
- Presionar la arteria sobre el hueso o superficie firme de fondo para ocluir el vaso y luego liberar lentamente la presión. Presionar solamente lo necesario para percibir las pulsaciones teniendo en cuenta fuerza y ritmo.
- Por auscultación: Colocar la cápsula del estetoscopio entre el 3o. y 4o. espacio intercostal izquierdo del paciente.
- Contar las pulsaciones o latidos cardiacos durante 60 segundos.
- Registrar la frecuencia de pulso obtenida en la hoja correspondiente del expediente clínico y graficarla, observar si el ritmo y fuerza están alterados. Anotar la fecha y hora del procedimiento.
- Compare la frecuencia de pulso y/o cardiaca con registros anteriores.
- **Toma de tensión arterial:**
- Colocar a la persona de cuidado en posición sedente o decúbito dorsal y descubrirle el brazo y el antebrazo.
- Colocar el brazalete alrededor del brazo 2.5 cm arriba del espacio ante cubital, verificando que el brazalete esté totalmente sin aire. El indicador de la presión debe marcar cero.
- Localizar el pulso braquial con la yema de los dedos índice y medio.
- Colocarse las olivas del estetoscopio en los oídos y colocar la cápsula del estetoscopio sobre la arteria braquial del brazo del paciente elegido para la toma.

- Cerrar la válvula de la perilla insufladora del esfigmomanómetro, utilizando el tornillo.
- Insuflar el brazalete hasta que el pulso deje de escucharse.
- Desinflar gradualmente el brazalete, abriendo lentamente la válvula de la perilla del esfigmomanómetro y dejar salir el aire, a una velocidad aproximada 2 a 3 mmHg.
- Escuchar el primer latido que corresponde a la presión sistólica o máxima (fase I de Korotkoff).
- Continuar disminuyendo la presión del brazalete hasta que se deje de escuchar el latido del pulso, el último latido o cambio brusco de la intensidad corresponde a la presión diastólica o mínima (fase V de Korotkoff).
- Desinflar por completo el brazalete y el estetoscopio del sistema de toma de presión.
- Limpiar las olivas y cápsula del estetoscopio con una torunda humedecida en solución desinfectante. Guardar el equipo en su estuche correspondiente.
- Registrar la frecuencia de presión arterial obtenida, en la hoja correspondiente del expediente clínico y graficarla, anotando la presión sistólica, diastólica y la diferencial. Incluir la fecha y hora del procedimiento.
- Compare la presión arterial con registros anteriores.

Recomendaciones

- Si a la persona que van a ser valorados sus signos vitales acaba de realizar algún esfuerzo físico como trotar, caminar mucho o subir escaleras, se deberá esperar por algunos minutos a que sus signos vitales se estabilicen para tomarlos en completo reposo.
- No dejar sola a la persona de cuidado mientras tenga colocado el termómetro.
- Verificar que el termómetro se encuentre en el lugar correcto.

- Proteger siempre la intimidad de la persona de cuidado.
- No hacer mencionar al paciente cuando se le vaya a tomar la frecuencia respiratoria, debido a que esta puede ser alterada.
- Preguntar si la persona ha ingerido recientemente cafeína o nicotina, de ser así esperar algunos minutos para tomar la tensión arterial.
- En caso de no poder tomar la tensión arterial en un primer intento, se deberá volver a tomar en el brazo izquierdo. Si se vuelve a fallar deberá dejar reposar para volver a intentarlo.

CURACIÓN DE HERIDAS

Descripción

Serie de maniobras que se realizan para la asepsia de una herida.

OBJETIVO

Observar la evolución de la herida y realizar la curación, con el fin de que su cicatrización sea efectiva y en el menor tiempo posible.

Prevenir infecciones.

ALCANCE

El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice la curación de heridas. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

RESPONSABLES:

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Estudiantes y del Programa de Licenciatura en Enfermería.

MATERIAL Y EQUIPO

- Guantes estériles



- Apósitos



- Gasas estériles



- Cubre boca



- Equipo de curación (riñón estéril, pinza forester)



- Solución fisiológica



- Bote de basura

- Cinta adhesiva (micropore)





DESARROLLO

- Verificar la orden escrita en el expediente e identificar a la persona de cuidado.
- Explicar a la persona de cuidado el procedimiento que se le va a practicar.
- Colocar a la persona de cuidado en la posición cómoda, en la cual quede expuesta la herida. Además de asegurar su privacidad.
- Colocar el bote para desechos en forma accesible (a cierta distancia del campo estéril, de manera que no dificulte el desarrollo de la técnica).
- Realizar el lavado de manos en forma exhaustiva.
- Colocarse el cubrebocas.
- Calcular el material y prepararlo. Asimismo, cortar las tiras de cinta adhesiva que se va a requerir.
- Colocar un campo estéril, disponer del equipo y material estéril que se va a utilizar en la curación de la herida.
- Colocarse los guantes desechables (no estériles).
- Despegar el apósito con una gasa humedecida con antiséptico o solución para irrigación, para facilitar su desprendimiento (traccionar con suavidad).
- Retirar él o los apósitos de la herida y depositarlos en la bolsa para desecho.
- Examinar la herida: Color, consistencia, presencia de secreciones y características de las mismas, cantidad, olor, etc.
- Quitarse los guantes y desecharlos.
- Colocarse los guantes estériles.

- Iniciar la asepsia empleando la pinza Forester estéril. Tomar una gasa estéril de 7.5 x 5, doblarla por la mitad o en cuatro partes y montarla en la pinza e impregnarla de solución antiséptica.
- Limpiar la herida siguiendo las reglas básicas de asepsia del centro a la periferia, de arriba a abajo, de lo distal a lo proximal y de lo limpio a lo sucio.
- Repetir esta misma operación empleando otra gasa nueva humedecida con solución antiséptica, si la herida aún muestra datos de no estar totalmente limpia, repetir la operación. No frotar hacia atrás y hacia adelante o de manera transversal.
- Enjuagar la herida con solución estéril para irrigación utilizando el mismo método para limpieza de la herida. Cuando la herida es profunda se utiliza una jeringa para irrigar la solución antiséptica y la de irrigación.
- Secar la herida empleando gasas estériles.
- Colocar el apósito estéril adecuado, teniendo en cuenta las condiciones y especificaciones de la herida.
- Quitarse los guantes y desecharlos.
- Colocar la cinta adhesiva para asegurar la fijación del apósito.
- Colocar vendaje si la persona de cuidado lo tiene indicado.
- Valorar la respuesta de la persona de cuidado al procedimiento realizado, dejarlo en una situación de comodidad y confort.
- Lavar el equipo y enviarlo a la C.E.Y.E. para su desinfección y esterilización.
- Lavarse las manos.
- Registrar en el expediente clínico la realización del procedimiento y las observaciones relevantes.

Recomendaciones

- Desechar lo utilizado en esta técnica conforme a la NOM 087-ECOL-1995.
- Anotar siempre la valoración de la herida.

COLOCACIÓN DE ENEMA EVACUANTE

Descripción

Es la introducción de sustancias en el colon a través del recto con la finalidad de eliminar la materia fecal.

OBJETIVO

Lograr, por medio de las sustancias que se introducen, y promover la defecación, pasar medio de contraste y como tratamiento o limpieza de la porción terminal del colon.

ALCANCE

El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice la colocación de enema evacuante. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

RESPONSABLES:

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Estudiantes y del Programa de Licenciatura en Enfermería

MATERIAL Y EQUIPO

- Sistema irrigador y/o bolsa para enema desechable.



- Sonda rectal



- Solución para administrar



- Guantes desechables



- Lubricante hidrosoluble



- Soporte para la solución (tripié)



- Cómodo



- Toallas de papel o papel higiénico



- Pinzas (para clamp)



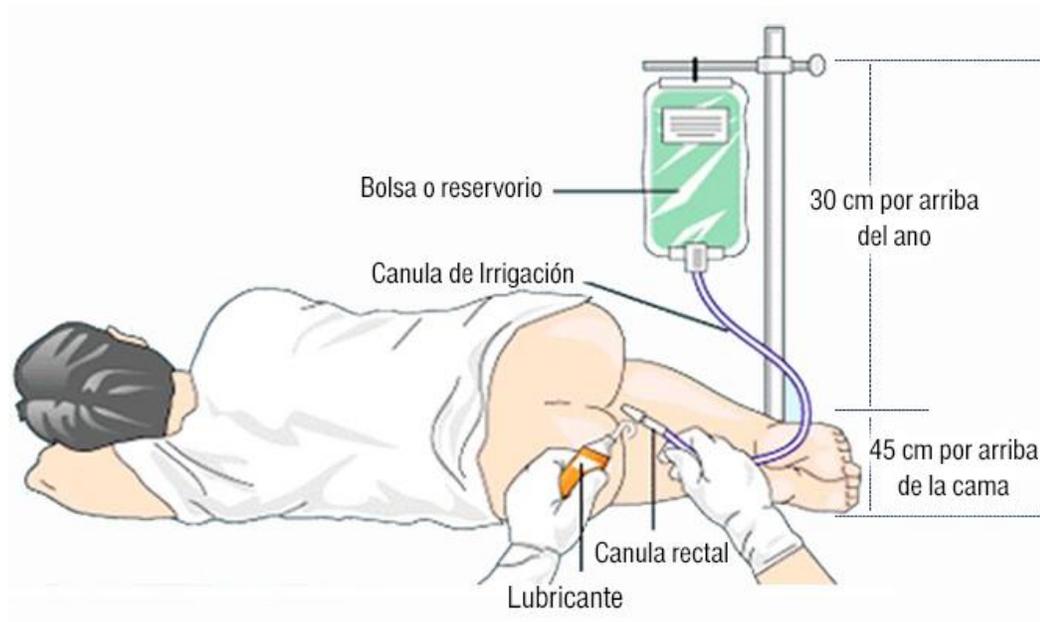
- Bote para basura



DESARROLLO

- Preparar el equipo y materiales y trasladarlos a la unidad de cuidado del paciente.
- Lavarse las manos.
- Explicar a la persona de cuidado el procedimiento y pedirle su consentimiento.

- Colocar el equipo irrigador y/o la bolsa con la solución a administrar, previamente tibia a temperatura corporal en el soporte (trípé) a una altura máxima de 50 cm sobre el nivel de la persona de cuidado.
- Conectar la sonda al extremo del tubo transportador del irrigador o bolsa. Lubricar la punta de la sonda. Extraer el aire del sistema del equipo para irrigar y de la sonda. Pinzar el sistema para evitar que la solución siga saliendo.
- Colocar a la persona de cuidado en posición de Sims y descubrir solamente la región.
- Colocarse los guantes.
- Separar con una mano los glúteos para visualizar el orificio anal; con la otra mano introducir suavemente el extremo distal de la sonda rectal, unos 10 cm aproximadamente.
- Despinzar el sistema y dejar pasar lentamente la solución a la persona de cuidado, de tal manera que éste lo tolere sin molestias. Terminar de administrar la cantidad de solución indicada.
- Pinzar el sistema y retirar suavemente la sonda.
- Colocar a la persona de cuidado en decúbito lateral derecho. Motivar al paciente para que retenga la solución de 5 a 10 minutos.
- Colocar el cómodo a la persona de cuidado y/o ayudarlo a que evacúe en el sanitario el enema y las heces fecales.
- Asear a la persona de cuidado o proporcionarle los medios (papel sanitario) para que él, si está en condiciones, se lo realice solo.
- Registrar en el expediente clínico el procedimiento realizado, la cantidad de solución administrada y si se cumplió el objetivo para el cual fue administrada. Incluir la fecha, hora, características de la eliminación e incidencias durante el procedimiento.



Recomendaciones

Cuidar siempre la intimidad del paciente.

Realizar la técnica cuidadosa y respetuosamente ya que puede resultar demasiado incómodo para el paciente.

TERMORREGULACIÓN

Descripción

Es la habilidad de mantener un equilibrio entre la producción y la pérdida de calor para que la temperatura corporal esté dentro de cierto rango normal.

OBJETIVO

Mantener la temperatura corporal óptima para el cuerpo humano mediante diferentes medios

ALCANCE

El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice la Termorregulación. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

RESPONSABLES:

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Estudiantes y del Programa de Licenciatura en Enfermería

MATERIAL Y EQUIPO

- Compresas



- Termómetro



- Palangana con agua



- Cobija/manta



DESARROLLO

En hipotermia:

- Lavado de manos.
- Preparar el material necesario.
- Presentarse ante la persona de cuidado y explicar el procedimiento a realizar.
- Valorar signos vitales.
- Trasladar a la persona de cuidado a un ambiente cálido.
- Mantener las extremidades cerca del tronco.
- Cubrir la cabeza con un gorro o una toalla seca.
- Administrar líquidos calientes por vía intravenosa.
- Administrar líquidos calientes por vía oral.
- Aplicar mantas y/o compresas calientes.
- Valorar signos vitales.

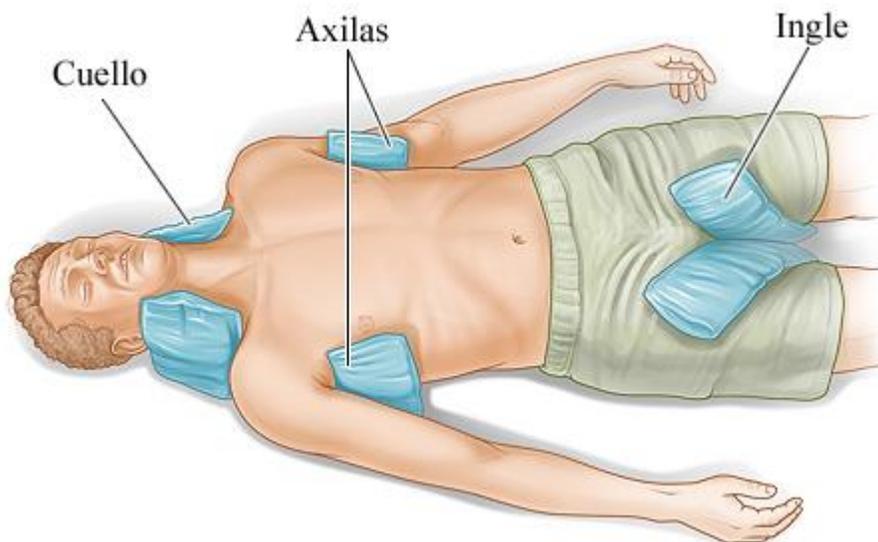
En hipertermia:

- Monitorización de signos vitales.
- Evaluar el color y la temperatura cutáneas.
- Administre líquidos orales frecuentemente.
- Control de ingresos y egresos.
- Disminuir la actividad física.
- Administrar antipiréticos.
- Asistir o indicar la higiene bucal.
- **Control por medios físicos:**
 - Descubrir a la persona retirando cobijas, mantas, abrigos y gorros.
 - Colocar compresas húmedas en frente, axilas, abdomen y pies.
 - Realizar baño con agua tibia (preferentemente en tina)

- Conservación del estado nutricional.
- Ropa de cama seca y limpia.
- Evaluar signos vitales.

Recomendaciones

- Valorar siempre el estado de conciencia de la persona de cuidado.
- Graficar los signos vitales para mantener un control visual de las variantes de temperatura.



© Healthwise, Incorporated

AUXILIAR EN LA ELIMINACIÓN DE ORINA Y HECES FECALES (COLOCACIÓN DE CÓMODO Y ORINAL).

Descripción

Actividad de asistencia en la eliminación de desechos como la orina y materia fecal a la persona de cuidado que, por motivos de salud, no le es permitido deambular para trasladarse al baño.

OBJETIVO

Facilitar la eliminación de materia fecal y orina para promover los procesos fisiológicos del cuerpo humano. Fomentando al mismo tiempo la higiene y el autocuidado.

ALCANCE

El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice el auxiliar en la eliminación de orina y heces fecales. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

RESPONSABLES:

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Estudiantes y del Programa de Licenciatura en Enfermería.

MATERIAL Y EQUIPO

- Cómodo



- Orinal



- Papel higiénico



- Toalla



- Palangana con agua



- Guantes desechables



- Jabón



DESARROLLO

- Lavado de manos.
- Preparar el material.
- Explicar a la persona de cuidado la manera en la que se utiliza el cómodo o el orinal (en caso de los hombres)
- Colocarse guantes.
- Proporcionar intimidad a la persona de cuidado (con cortinas o biombo)
- Colocar el cómodo pidiendo a la persona de cuidado que flexione las rodillas, se apoye en sus pies y levante la cadera.
- Cuando a la persona le es imposible flexionar rodillas, se le rota y al estar en posición decúbito lateral se coloca el cómodo.
- Darle tiempo a solas para que haga sus necesidades y pedirle nos avise cuando haya terminado.
- Al terminar proporcionar papel higiénico para asear el área genital, en caso de no poder hacerlo lo hará el personal de enfermería o bien se le pedirá a un familiar que lo haga.
- Retirar el cómodo de la misma manera en que se colocó.
- Valorar la consistencia y cantidad de las heces y orina. En caso de llevar control de líquidos se deberá cuantificar antes de desecharlos.
- Llevar al inodoro a eliminar los desechos y después al cuarto séptico. Desechar guantes.
- Proporcionar a la persona de cuidado una palangana con agua y jabón neutro para el lavado de manos.
- Proporcionar toalla de baño o toallas de papel para secarse las manos.
- Para colocación de orinal, explicar a la persona de cuidado como debe utilizarlo.
- Colocarse guantes.
- Proporcionar el orinal a la persona de cuidado.
- Brindarle privacidad y esperar a que haga sus necesidades.

- Al terminar pedirle nos proporcione el orinal, valorar la orina, cuantificar la diuresis y desechar en inodoro. Llevar al cuarto séptico.
- Proporcionar una palangana con agua y jabón para el lavado de manos. Al finalizarlo proporcionar toalla para su secado.
- Anotar el procedimiento en la hoja de enfermería.

Recomendaciones

- Involucrar al familiar en las actividades de eliminación de la persona de cuidado.
- Valorar siempre la consistencia, coloración y cantidad de desechos.

OXIGENOTERAPIA

Descripción

La Oxigenoterapia es la administración de oxígeno a una concentración mayor de la que se encuentra en el aire ambiental, con el fin de aumentar la concentración de oxígeno en sangre y prevenir lesiones por hipoxia.

OBJETIVO

Mantener los niveles de oxígeno adecuados para el organismo humano.

ALCANCE

El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice La oxigenoterapia Quienes tienen la

responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

RESPONSABLES:

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Estudiantes y del Programa de Licenciatura en Enfermería

MATERIAL Y EQUIPO

- Cánula nasal



- Mascarilla simple



- Mascarilla con reservorio



- Tanque de oxígeno con manómetro o toma de oxígeno en pared



- Humidificador



DESARROLLO

Por puntas nasales:

- Reunir el material y equipo.
- Explicar al paciente en qué consiste la realización del procedimiento.
- Colocar al paciente en posición semi-Fowler si no existe contraindicación.
- Lavado de manos.
- Colocar solución estéril en el frasco humidificador a nivel donde marca el frasco (se debe realizar cuando el flujo es mayor de 4 l/min).
- Conectar el humidificador al flujómetro de oxígeno y ambos conectarlos a la toma de oxígeno y comprobar funcionamiento.
- Conectar cánula nasal con el humidificador de oxígeno.
- Regular el flujo de oxígeno a los litros por minuto prescritos al paciente.
- Colocar la cánula nasal en los orificios nasales y sostenerla con el dispositivo a nivel de la barbilla pasando el tubo por la región retroauricular o a nivel de perímetro cefálico.



- Valorar al paciente en cuanto al flujo adecuado de oxígeno, signos vitales, patrón respiratorio, estado general del paciente, oximetría, movilización y ejercicios de respiración.
- Observar los orificios nasales en busca de zonas de irritación.

Por mascarilla simple:

- Reunir el equipo.
- Explicar al paciente en qué consiste la realización del procedimiento.
- Colocar al paciente en posición semi-Fowler si no existe contraindicación.
- Lavarse las manos.
- Colocar solución estéril en el frasco humidificador a nivel donde marca el frasco.
- Conectar el humidificador al flujómetro de oxígeno y ambos conectarlos a la toma de oxígeno y comprobar funcionamiento.
- Conectar máscara de oxígeno con el humidificador de oxígeno.
- Regular el flujo de oxígeno a los litros por minuto prescritos al paciente.
- Colocar la mascarilla a la cara del paciente, abarcando boca y nariz, sostenerla con la cinta elástica.



- Verificar que el oxígeno fluya adecuadamente a través de todo el sistema y que la mascarilla se ajuste adecuadamente al paciente para que no presente fugas.
- Valorar al paciente en cuanto al flujo adecuado de oxígeno, signos vitales, patrón respiratorio, estado general del paciente, oximetría, movilización y ejercicios respiratorios.

Por mascarilla con reservorio

- Reunir el equipo.
- Explicar al paciente en qué consiste la realización del procedimiento.
- Colocar al paciente en posición semi-Fowler si no existe contraindicación.
- Lavarse las manos.
- Conectar los tubos con medidor de flujo.
- Regular el flujo de oxígeno a los litros por minuto prescritos al paciente. Antes de colocar la máscara sobre la cara del paciente, comprobar que la bolsa del paciente esté insuflada.
- Colocar la mascarilla a la cara del paciente, abarcando boca y nariz, expandiendo los lados de la mascarilla hacia el contorno de las mejillas. Moldear la tira de metal para que adapte al dorso de la nariz.
- Ajustar la banda de sujeción para que la mascarilla quede firme.



- Comprobar si existen pérdidas de gas a través de la máscara, las cuales se detectan observando el movimiento de la bolsa.
- Valorar al paciente en cuanto al flujo adecuado de oxígeno, signos vitales, patrón respiratorio, estado general del paciente, oximetría, movilización y ejercicios respiratorios.

Recomendaciones

- Valorar siempre el porcentaje de oxigenación del paciente.
- Verificar las indicaciones médicas sobre el dispositivo y el porcentaje de oxígeno que se debe administrar. Si existe duda corroborar.
- Indicar al paciente y familiar que debe evitar el hablar o realizar movimientos bruscos que puedan fatigarlo.

BIBLIOGRAFÍA

Kozier, Bárbara; Enfermería fundamental, Concepto, Procesos y Práctica. 9ª Edición; México; Ed. Mc Graw Hill; Interamericana, 11411, 2013.

Perry Potter; Técnicas y procedimientos de enfermería, 5ª Edición; México; Ed. Elsevier Mosby; 2009

Rosales, Susana; Reyes, Eva; Fundamentos de Enfermería; 3ª Edición; Editorial Manual Moderno; 2005

Organización Mundial de la Salud, encontrado en: <http://www.who.int/es>

NORMA Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, encontrado en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5268977&fecha=18/09/2012

Audrey Berman, Shirlee Snyder. (2013). Fundamentos de Enfermería Kozier y Erb 9ª edición. Pearson.

Eva Reyes Gómez. (2009). Fundamentos de enfermería Ciencia Metodología y Tecnología. México: Manual Moderno.