

B.S.
T.I.
610.7
A185

MANUAL DEL LABORATORIO DE ENFERMERIA

2017

ELABORADO POR:

ANA ACOSTA LOPEZ

ARLETH HERRERA LIAN

BRUNILDA CASTELLANOS DE LLAMAS

CARTAGENA

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE ENFERMERIA

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA CLINICA

1993

00032070

2

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y REFERENCIAS
 SERVICIO DE INVESTIGACIONES Y REFERENCIAS

Compra _____ Distribución _____ Canje _____ U. de C. _____

Precio \$ _____ Proveedor: _____

No. de Acceso 32070 No. de Ej. _____

Fecha de ingreso: DD _____ MM _____ AA _____

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	3
DESCRIPCION DEL LABORATORIO	4
NORMAS	6
PROCEDIMEINTOS	8
I. UNIDAD DEL PACIENTE	8
A. CAMA CERRADA	10
B. CAMA ABIERTA	14
C. CAMA OCUPADA	15
D. CAMA DE ANESTESIA	17
E. CAMA CON ARCOS	19
II. SIGNOS VITALES	21
A. TEMPERATURA	21
B. PRESION ARTERIAL	27
C. PULSO	35
D. RESPIRACION	40

	Pág.
III. ENEMAS	46
IV. HIGIENE DEL PACIENTE	51
A. BAÑO EN CAMA	51
B. ASEO DE GENITALES EXTERNOS	58
C. BAÑO DEL RECIEN NACIDO	62
D. CUIDADO DE LA BOCA	65
E. CUIDADO DEL CABELLO	70
F. AFEITADO DEL PACIENTE VARON	75
V. COLOCACION Y ^{efecto} RITMO DE LA CAMERA O PISINGO	78
VI. CONTROL DE INFECCIONES	81
A. USO DE GUANTES	81
B. USO DE BATAS	84
VII. HERIDAS	88
A. DEFINICION Y CLASIFICACION DE HERIDAS	88
B. PROCESO DE CICATRIZACION	89
C. TIPOS DE CICATRIZACION	90
D. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PROCESO DE CICATRIZACION	91
E. PROBLEMAS MAS COMUNES EN LA CICATRIZACION	94
F. OBSERVACION DE LAS HERIDAS	95
VIII. INTERVENCION DE ENFERMERIA	98
A. LIMPIEZA MEDICA DE MANOS	98
B. UTILIZACION DE MATERIAL ESTERIL	101
C. USO DE PINZAS PORTA-OBJETO	103

	Pág.
D. CURACIONES	108
E. ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS	111
1. ADMINISTRACION DE MEDICINAS POR VIA	
ORAL	115
2. ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR	
VIA PARENTERAL	117
IX. FORMATO PARA RETIRO DE LOS ELEMENTOS DEL	
LABORATORIO	137
X. INVENTARIO	138

INTRODUCCION

En la Facultad de Enfermería, se ha venido organizando el laboratorio de Enfermería para así darle mayor utilidad a los recursos existentes.

Por esta razón es imperativo que Docentes y Estudiantes conozcan los elementos existentes para realizar prácticas que aporten y contribuyan en el mejoramiento de la atención de enfermería.

Sin embargo existen algunas limitaciones en cuanto a equipo, se reconoce que aún faltan, éstos ya están pedidos y en espera de su llegada.

El presente manual cuenta con la descripción del laboratorio, objetivos, normas, procedimientos de Enfermería e inventario actual.

Para la conservación de los elementos es indispensable la colaboración tanto de docentes como de estudiantes acogiendo a

las normas establecidas.

OBJETIVOS

1. Informar a los docentes y estudiantes de la Facultad de Enfermería sobre los implementos con que cuenta el laboratorio y como pueden ser utilizados para lograr un mejor funcionamiento del mismo.
2. Demostrar los procedimientos de Enfermería haciendo uso de los elementos del laboratorio, a fin de afianzar los conocimientos teóricos.
3. Adquirir destreza en la realización de actividades de Enfermería.

DESCRIPCION DEL LABORATORIO

El laboratorio de la Facultad de Enfermería se encuentra ubicado en el primer piso; aula # 108. En la parte interna está la oficina del Consejo Estudiantil, un cuarto de aseo y un baño.

Este laboratorio ha sido organizado para que lo puedan utilizar los docentes y estudiantes de pre y postgrado de Enfermería de los diferentes semestres y de las demás facultades de salud. Consta de dos camas y una cuna con sus respectivos colchones, tres estantes y dos vitrinas; los estantes están divididos por áreas así : Materno Infantil, Enfermería Básica, Médico Quirúrgica y Clínica Avanzada; las vitrinas tienen implementos de uso general. Cuenta también con un salón de clase y dos tableros para uso exclusivo de docentes y estudiantes durante clases teóricas.

Para utilizar los elementos del laboratorio debe tramitarse con la Jefe del Departamento de Clínica y/o la Secretaria del mismo; este trámite exige la firma en un formato incluyendo el nombre de la persona que retira, el nombre de los elementos, nombre

de la persona que entregó y la fecha en que se hace el préstamo.

En cuanto al material didáctico (diapositivas, cassettes) deben tramitarse de igual forma para uso de los elementos. Esto es para darle un buen uso al laboratorio y poder aprovechar al máximo los elementos con que contamos.

N O R M A S

- 1°. El laboratorio será utilizado de acuerdo a la programación establecida de cada semestre.
- 2°. Es responsabilidad de cada docente de la Facultad velar por la buena utilización y la conservación de cada uno de los elementos del laboratorio.
- 3°. Es responsabilidad de los estudiantes dar buen uso y cuidar los implementos del laboratorio.
- 4°. Es responsabilidad del vigilante el uso adecuado del laboratorio en horas no laborales y fin de semana.
- 5°. Es indispensable para retirar cualquier elemento del estante o vitrina, diligenciar formato y entregarlo a Jefe y/o Secretaria del Departamento de Clínica.
- 6°. Los estudiantes subsidiados harán control de inventario cada dos meses según asignación por la Secretaria Acadé



mica.

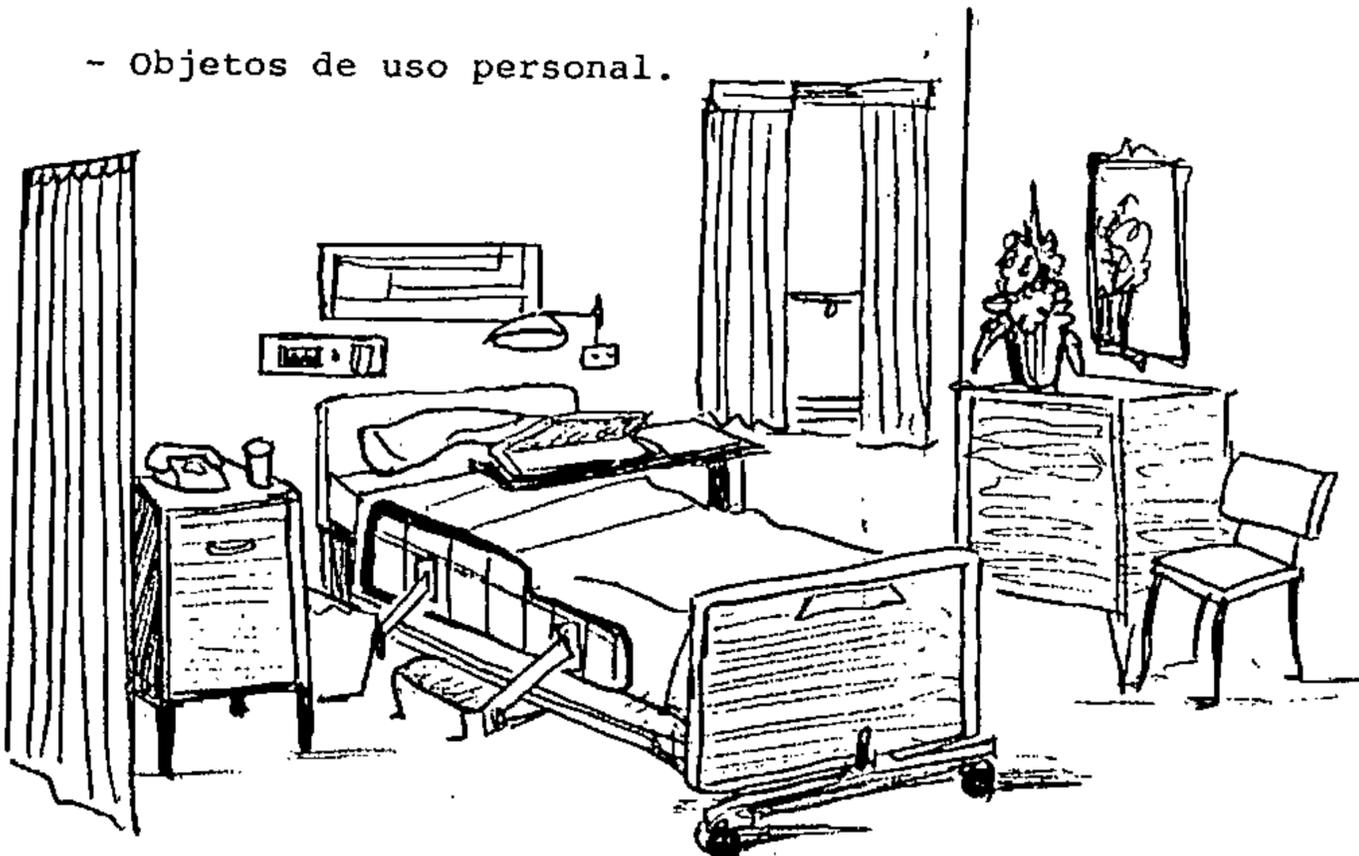
- 7°. En caso de daño alguno de los elementos debe ser notificado por escrito en el término de las 48 horas siguientes, a la Jefe del Departamento de Clínica.
- 8°. Se prohíbe comer dentro del laboratorio y dejar botellas y residuos.
- 9°. Al utilizar los implementos del laboratorio éstos deben ser dejados en el mismo lugar que fueron encontrados.
- 10°. Para hacer uso del material didáctico se deberá llenar el formato para uso del laboratorio y solicitar el visto bueno de la Secretaria Académica.

PROCEDIMIENTOS

I. UNIDAD DEL PACIENTE

Es la habitación individual o el área con los objetos esenciales, que ocupa el paciente en el Hospital. Consta de :

- Cama, colchón, almohada
- Ropa de cama: Sábanas, sobresábana, funda.
- Mesa de noche, mesa para comer, silla y armario.
- Jarra y vaso para el agua, cámara o pisingo.
- Lámpara y timbre
- Objetos de uso personal.



Tendido de cama :

Las camas hospitalarias se dividen en cama cerrada, cama abierta, cama ocupada, cama de anestesia, cama de arco.

- A. CAMA CERRADA:** Es aquella en la cual la sobresábana cubre completamente la superficie de la cama.
- B. CAMA ABIERTA:** Modificación que se hace a la cama cerrada en el momento de admitir al paciente, o la que se arregla para pacientes ambulatorios.
- C. CAMA OCUPADA:** Es la que se hace cuando el paciente no se puede levantar.
- D. CAMA PARA ANESTESIA:** Es la que se prepara para recibir al paciente después de intervenciones quirúrgicas o exámenes especiales.
- E. CAMA CON ARCO:** Es la que se arregla para evitar que el peso de las sábanas caiga sobre áreas afectadas del cuerpo.

Principios :

1. Cuando el personal de Enfermería y el paciente trabajan en conjunto se establece una relación terapéutica afectiva.

2. El ambiente agradable y limpio favorece la adaptación del individuo al medio hospitalario.
3. La percepción del paciente se logra mediante la atención directa en Enfermería.
4. El cuerpo del paciente no ejerce sobre el colchón una presión uniforme los mayores puntos de presión se localizan en las prominencias óseas.
5. La presión constante y prolongada sobre un área del cuerpo disminuye: tono muscular, riego sanguíneo y favorece la formación de escaras.
6. Muchos microorganismos son transportados por el polvo.
7. Objetos y ropa de uso personal son medios de contaminación.

A. CAMA CERRADA

OBJETIVOS

1. Facilitar la admisión del paciente
2. Economizar tiempo y esfuerzo
3. Contribuir a la buena presentación de la sala

INSTRUCCIONES GENERALES:

1. Los procedimientos de tendidos de cama pueden variar de un Hospital a otro, inclusive con más o menos implementos pero los principios básicos no cambian.
2. Reuna la ropa necesaria y colóquela en orden inverso al que va a usar.
3. Evite que la ropa de cama toque el suelo.
4. Las ropas rotas no deben emplearse para hacer la cama.
5. Cambie la ropa cuando esté sucia o según la rutina de sala.
6. Evite movimientos innecesarios, arregle toda la cama de un solo lado antes de ir al otro lado. Nunca coloque ropa limpia en la cama de otro paciente.
7. No sacuda nunca la sábana para evitar esparcir polvo y microbios.
8. El personal de Enfermería debe desarrollar su iniciativa para adaptar el procedimiento a las condiciones especiales, por ejemplo: En las camas para pacientes con aparatos ortopédicos etc.

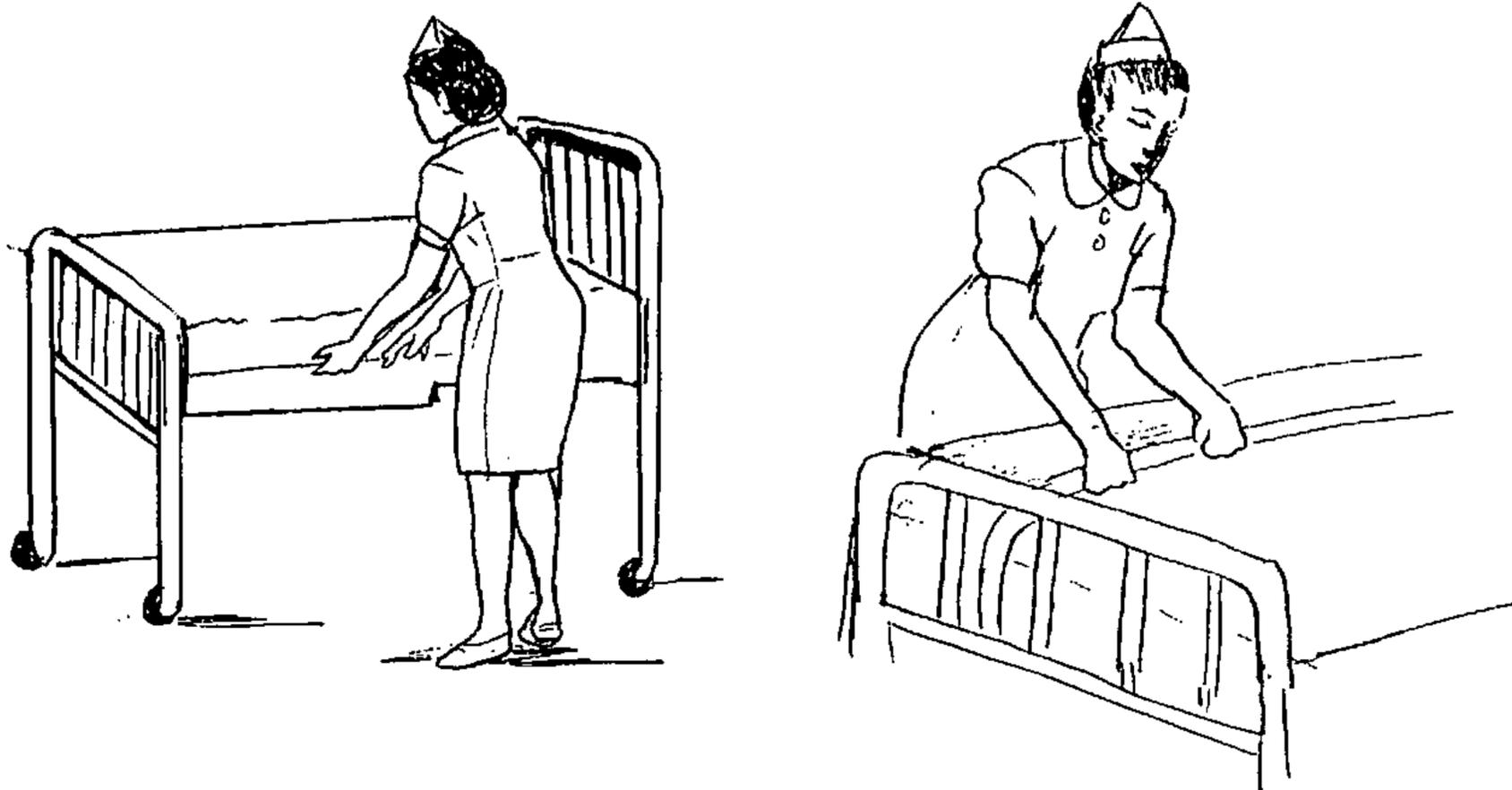
9. Si la funda es muy ancha, haga un pliegue; coloque la almohada con su apertura hacia el lado contrario de la puerta de entrada.

EQUIPO :

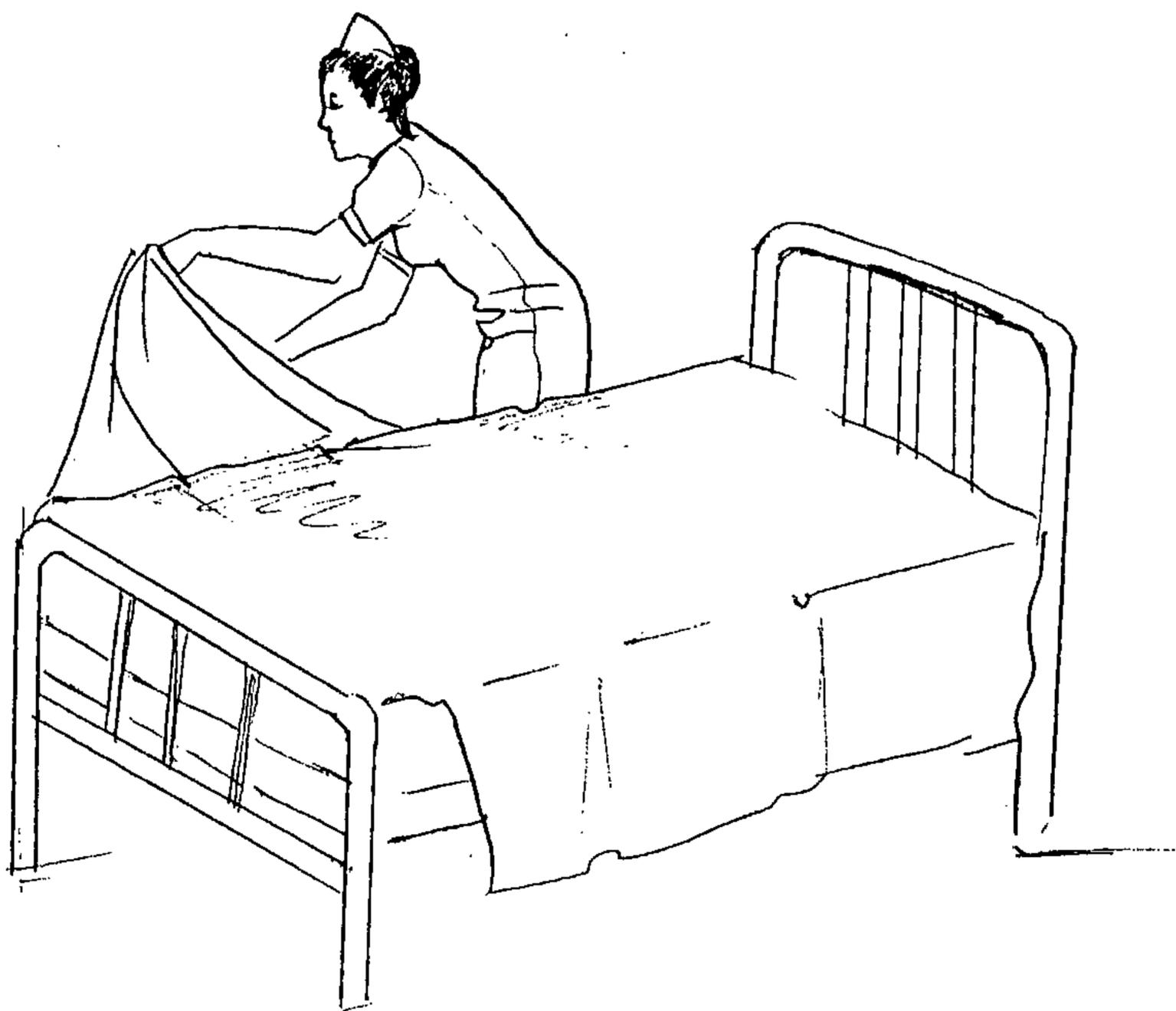
1. Dos (2) sábanas grandes
2. Sabanita de movimiento (si es necesario)
3. Funda de almohada

PROCEDIMIENTO

1. Coloque la almohada sobre la silla
2. Coloque la sábana doblada en cuatro con el dobléz sobre la parte superior (esquema N°. 1)



3. Abra la sábana y extiéndala sobre el colchón, asegure el extremo superior sobrante bajo el colchón. Haga el ángulo correspondiente. Introduzca el resto de la sábana debajo del colchón.
4. Coloque la sobresábana. Tenga cuidado de que en la parte superior quede para hacer un doblez ancho. En la inferior preñe la parte sobrante bajo el colchón y haga los ángulos correspondientes.
5. Extienda la sábana de movimiento en la mitad de la cama y preñela por debajo del colchón. (esquema N° 2



6. Coloque la sobresábana. Tenga cuidado de que en la parte superior quede para hacer un dobléz ancho. En la inferior preñse la parte sobrante bajo el colchón y haga los ángulos correspondientes. (esquema N°. 3)
7. Pase a otro lado, termine de hacer la cama en la misma forma que en el lado anterior.
8. Coloque la funda a la almohada y déjela en la cabecera.

B. CAMA ABIERTA

OBJETIVOS:

1. Facilitar la admisión del paciente
2. Dar comodidad y confianza al paciente
3. Facilitar el uso de la cama al paciente ambulatorio
4. Fomentar hábitos de higiene y presentación de la unidad

EQUIPO:

1. Dos (2) sábanas grandes
2. Sabanita de movimiento (si es necesario)
3. Funda de almohada

PROCEDIMIENTO:

1. Ponga la cama completamente horizontal si no lo está.
2. Coloque ropa limpia en una silla o en la cabecera de la cama en orden inverso.
3. Si la cama ha sido recientemente desocupada afloje el tendido comenzando por el lado contrario a aquel donde va a trabajar.
4. Tome la almohada, quite la funda y ponga ésta sobre los barrotes de la cama.
5. Quite las sábanas, y envuélvalas sin sacudirlas.
6. Coloque la ropa sucia dentro de los barrotes pieceros.
7. Voltee el colchón si lo considera necesario.
8. Continué con los puntos del 3 al 8 de la cama cerrada.
9. Doble la sobresábana sobre la mitad de la cama.

C. CAMA OCUPADA**OBJETIVOS:**

1. Evitar en el paciente esfuerzos innecesarios
2. Dar comodidad y seguridad al paciente
3. Ayudar al funcionamiento del organismo

INSTRUCCIONES GENERALES :

1. Generalmente se hace después del baño en cama

2. Hay varios procedimientos para hacer una cama ocupada, pero sus diferencias no tiene mayor importancia en cuanto se relaciona a la comodidad del paciente.
3. Todo paciente que se encuentra imposibilitado se le debe hacer cama ocupada.
4. Evitar descubrir al paciente innecesariamente.

EQUIPO :

1. Dos (2) sábanas grandes
2. Sabanita de movimiento (si es necesario)
3. Funda de almohada

PROCEDIMIENTO:

1. Retire muebles cerca de la cama
2. Afloje el tendido alrededor de la cama
3. Deje al paciente en posición horizontal sino está contraindicado.
4. Retire la almohada sino está contraindicado y póngala en una silla o a los pieceros de la cama.
5. Destienda la cama siguiendo los pasos para el destendido de la cama.
6. Voltee al paciente, enrolle las sábanas sucias hacia el cen

tro de la cama, cerca de la espalda coloque la sábana limpia, y sábana de movimiento, igual a los normales del 4 al 6 de cama cerrada.

7. No retire la sobresábana.
8. Voltée al paciente hacia la parte tendida, pase al otro lado de la cama, retire las sábanas sucias y termine el arreglo de la misma.
9. Coloque la sábana limpia, tenga cuidado de que en la parte superior quede para hacer doblez ancho.
10. Coloque la funda a la almohada y póngasela al paciente.
11. Deje al paciente cómodo en el centro de la cama.

D. CAMA DE ANESTESIA

OBJETIVOS:

1. Proporcionar calor y comodidad al paciente
2. Facilitar el traslado del paciente de la camilla a la cama.

PRINCIPIOS: (Vea los generales del tendido de camas)

INSTRUCCIONES GENERALES:

1. Tener conocimiento del tipo de intervención quirúrgica o

o examen especial que se hizo al paciente.

2. Tener listo el equipo como: aspirador, oxígeno, Gomco, atril, etc.
3. Frenar la cama y la camilla
4. Solicitar la ayuda necesaria
5. Proporcionar ambiente tranquilo
6. Evitar enfriamientos

EQUIPO:

El necesario para tender una cama, además:

1. Toalla, sino hay sabanita pequeña
2. Riñonera
3. Pañuelos de papel o papel higiénico
4. Equipo de signos vitales
5. Otros elementos necesarios según la clase de intervención o cuidados especiales, etc.

PROCEDIMIENTO

1. Retire de la mesa de noche los artículos personales del paciente.
2. Ponga sobre la mesa de noche el tensiómetro, fonendoscopio, riñonera, papel higiénico o pañuelo de papel.
3. Coloque sobre la silla o cabecera de la cama la ropa para

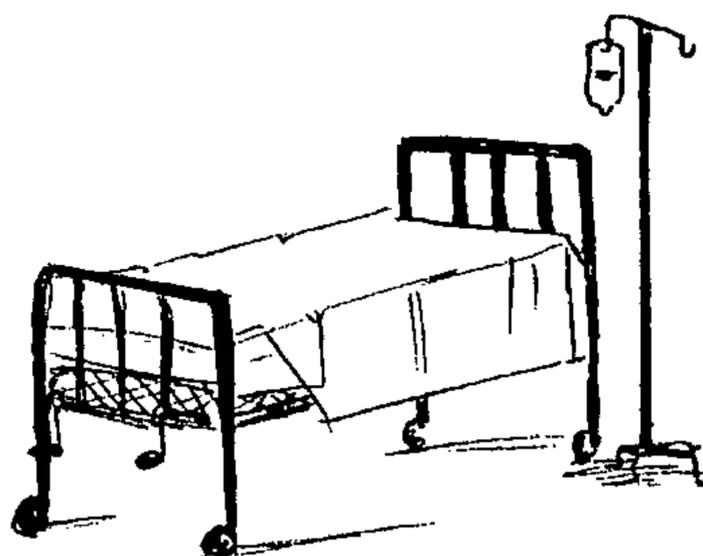


el tendido en orden inversa a utilizar (Ver procedimiento des tendido de cama cerrada)

4. Tienda la sábana base, y coloque encima la sábana de movimiento.

5. Tienda la sobresábana en forma de acordeón a lo largo del lado contrario por donde se va a recibir al paciente.

6. Coloque la almohada sobre los barrotes de la cama. Ver esquema.



E. CAMA CON ARCOS:

DEFINICION: Es la que se arregla para evitar el peso o contacto de las cobijas sobre áreas del cuerpo.

OBJETIVOS:

- Evitar peso o presiones sobre áreas del cuerpo
- Evitar deformidades
- Evitar infecciones en caso de quemaduras o grandes pérdidas de piel

- Facilitar algunos tratamientos

EQUIPO:

_ Ropa de cama necesaria

- Arcos. En caso de no existir se usa la mesa de comer.

II. SIGNOS VITALES

Temperatura, pulso y respiración son considerados como signos vitales. Junto con presión arterial y latido cardiaco revelan las funciones básicas del organismo humano. Estos signos varían de un sujeto a otro y según la hora del día en el mismo paciente, existen límites que suelen considerarse normales.

A. TEMPERATURA

OBJETIVOS:

1. Medir la cantidad de calor del cuerpo
2. Ayudar al diagnóstico

PRINCIPIOS:

1. A una mayor vascularización se registra con más rapidez la temperatura del cuerpo.
2. El calor hace que el mercurio del bulbo se expanda y suba por el tubo.

3. Se pierde calor mediante la transpiración, la expiración de aire, la ingestión de bebidas, la exposición al frío máximo, irradiación y evaporación.
4. Aumenta el calor por el ejercicio, el calor extremo y las bebidas calientes.
5. El funcionamiento normal de las células del sistema nervioso central es imposible a temperatura mayor de 41.5 C.
6. La presencia del personal de enfermería durante la toma de temperatura asegura la precisión del resultado.
7. Los receptores para las sensaciones de calor o de frío están inmediatamente debajo de la superficie cutánea.

DEFINICION:

Es el grado de calor mantenido por el cuerpo; es el equilibrio entre el calor producido como resultado de la oxidación de alimentos, y el calor perdido por la transpiración, conducción, convección, radiación y excreción.

La temperatura corporal varía en las horas del día. Es más baja en las horas de la mañana y sube en las horas de la tarde. Esta diferencia diurna no es superior a 0.5 grados. Por otra parte, la temperatura interna o central del cuerpo es regulada en forma precisa y se conserva dentro de límites muy estrechos. Es esta temperatura interna la que suele medirse para conocer la temperatura de la persona. La temperatura varía según el

sitio donde se tome. Es más elevada en las cavidades y pliegues en donde las superficies se ponen en contacto por que allí se mantiene la temperatura debido a que es menor la radiación de calor. De ahí que los sitios más apropiados para tomar la temperatura sean los pliegues de la ingle o de la axila y las cavidades bucal y rectal.

En la axila la temperatura normal es de 36.5°C . en la boca de 37°C . en recto 37.5°C . Las variaciones mayores ponen de manifiesto trastornos del funcionamiento del sistema de regulación del calor corporal.

Cuando la temperatura baja de 35 grados se dice que hay hipotermia, se presenta en algunos estados shock y en exposición a temperaturas bajas.

El aumento de temperatura se denomina fiebre, pirexia o hipotermia.

La fiebre puede clasificarse en tres tipos:

- a. Constante o continua: Cuando permanece constantemente alta durante todo el día.
- b. Remitente : Varía en décimas de grado durante el día, pero no regresa a lo normal.
- c. Intermitente: Hay amplias variaciones (de varios - grados)

durante el día la fiebre puede elevarse súbitamente o caer con la misma rapidez a la cifra normal, o por debajo de ésta.

PRINCIPIOS IMPORTANTES EN LOS TRANSTORNOS DE LA TEMPERATURA CORPORAL:

1. El mantenimiento de una temperatura superior a lo normal requiere el suministro de mayor cantidad de energía al organismo.
2. Las células son dañadas por las temperaturas excesivamente altas.
3. Una temperatura corporal alta puede por sí misma estimular mayor producción de calor.
4. Sino se toman con oportunidad las medidas necesarias se lesiona irreversiblemente el tejido.
5. El calor se pierde mediante los mecanismos de radiación, conducción, convección y evaporación.

CUIDADOS DE ENFERMERIA:

Medidas generales: El paciente necesita descanso físico lo cual disminuye el proceso metabólico y la actividad muscular y, por lo tanto, el calor producido en el organismo, necesita también Descanso mental, disminuir ansiedad: ambiente quieto, fresco, ropas ligeras y cómodas. MEDIDAS PARA DISMINUIR LOS EFEC

TOS DE LA FIEBRE EN EL ORGANISMO : Comodidad; hidratación, conservación del estado nutricional, antipiréticos, baño de esponja tibio.

INSTRUCCIONES GENERALES:

1. La temperatura corporal normal es de 37°C.
2. Cuando se vaya a tomar la temperatura la columna de mercurio debe estar 35°C.
3. Cuando ocurre cualquier cambio de temperatura es la primera indicación para prestar atención inmediata al paciente.
4. En la temperatura bucal, advierta al paciente que permanezca con la boca cerrada, sosteniendo el termómetro debajo de la lengua.
5. No introduzca el termómetro con solución desinfectante dentro de la boca para no causar molestias.
6. **No se tome temperatura bucal en pacientes inconcientes, cirugía oral, niños, pacientes con lesiones bucales, obstrucción nasal o labio leporino, pacientes enfermos mentales, excitados o con accesos de tos.**
7. Para la temperatura axiliar coloque el antebrazo sobre el tórax y la mano sobre el lado opuesto.
8. Seque la axila y observe que el bulbo quede directamente sobre la piel.
9. Para tomar temperatura axilar se usa el termómetro bucal.
10. En la temperatura rectal permanezca al lado del paciente.

Si es niño esté pendiente del termómetro todo el tiempo.

- 11. Para tomar temperatura rectal use termómetro rectal.
- 12. No se debe tomar temperatura rectal en cirugía de recto, diarreas, hemorroides e infecciones.
- 13. El termómetro en la boca debe durar 3' (tres minutos) en la axila 5' (cinco minutos) y en el recto 3' (tres minutos).

EQUIPO:

- 1. Bandeja con: Recipiente con termómetros orales o rectales - papel higiénico o torundas de algodón.
- 2. Lubricante en caso de temperatura rectal.
- 3. Lápiz
- 4. Libreta
- 5. Reloj

PROCEDIMIENTO:

- 1. Explíquelo al paciente lo que le va a hacer
- 2. Coloque al paciente en posición cómoda en la cama o silla
- 3. Tome el termómetro seco y colóquelo en el sitio indicado haciendo contacto con la ampolla de mercurio.
- 4. Espere el tiempo indicado de acuerdo al sitio.
- 5. Retire el termómetro
- 6. Límpielo con una torunda seca, o papel higiénico desde donde lo sostiene hasta la ampolla de mercurio.

7. Lea la temperatura
8. Baje la columna de mercurio hasta 35°C
9. Haga anotaciones en la libreta
10. Lave el termómetro con jabón, luego con agua limpia
11. Séquelo y déjelo listo para usar nuevamente
12. Haga anotaciones de enfermería así: Fecha, hora, temperatura, características observadas.

B. PRESION ARTERIAL

OBJETIVO:

1. Ayudar en el diagnóstico y control de ciertas enfermedades
2. Comprobar efectos favorables del tratamiento
3. Descubrir a tiempo complicaciones
4. Darse cuenta del estado real del paciente

PRINCIPIOS:

1. La presión sanguínea depende del volumen de sangre que circula por el organismo, la fuerza de los latidos del corazón y el estado de las arterias.
2. Las arterias que han perdido su elasticidad presentan una resistencia mayor y por consiguiente la presión será mayor.
3. La presión arterial depende esencialmente del alimento cardíaco y de la resistencia periférica.

4. La edad, el sexo, el ejercicio muscular, las emociones, la digestión y la posición del cuerpo determinan variaciones fisiológicas de la presión arterial.
5. La presión más alta ocurre en el momento de la contracción.
6. La gravedad afecta la determinación de la presión arterial.
7. La presión intracraneal suele producir aumento de la presión arterial. Es la que ejerce la sangre en el interior de las arterias del organismo. Por contracción del ventrículo izquierdo del corazón, la sangre es forzada a salir con fuerza de dicha cavidad para la aorta, y de allí a los grandes vasos arteriales, a los de menos calibre arteriales y capilares, a medida que pasa por ellos, además de la fuerza in fluyen:

1. La elasticidad de las paredes
2. Resistencia periférica
3. Cantidad de sangre
4. Viscosidad de la misma

Se divide en: **Presión Sistólica** es la presión arterial en el punto culminante de la pulsación.

Presión Diastólica: Es la correspondiente al punto más bajo de la pulsación, que equivale al momento de la distensión ventricular. La diferencia entre una y otra se llama presión diferencial.

La presión arterial individual varía de hora en hora y de día

en día; baja durante el sueño y puede elevarse marcadamente por las emociones fuertes, con miedo y coraje y el ejercicio.

Cuando una persona está acostada su presión es inferior a cuando está sentada o de pie.

Presión arterial normal se expresa en mm de Hg. y se mide con el manómetro. Presión promedio para el adulto 120/80. Por consiguiente, antes de tomar la presión para comprar el valor obtenido, la Enfermera debe comprobar: a) hora del día, b) el brazo utilizado; c) la posición del paciente.

FACTORES QUE PRODUCEN VARIACION DE LA PRESION ARTERIAL

Edad: En niños - en adultos

Sexo: En el hombre es ligeramente mayor que la promedio

Constitución: Corporal: En el obeso es mayor que la promedio

Ejercicio: Durante él cuando cesa casi enseguida se normaliza

Dolor: Intenso puede producir alza temporal y notable

Enfermedades: del sistema circulatorio, tóxicas, riñones, sube;

las que debilitan la contracción cardíaca baja: La hemorragia y

el shock la bajan, en cambio la presión intracraneal la sube.

INSTRUCCIONES GENERALES:

1. La presión normal está considerada de 120/80 pero en reali



dad es aquella con la cual está acostumbrada a vivir el individuo.

2. La presión aumenta con el ejercicio, la digestión, las drogas estimulantes, dieta y los trastornos emocionales.
3. La presión disminuye con el ayuno, el descanso, las drogas depresores y las emociones.
4. Avise cualquier anormalidad
5. Preferencialmente debe tomarse en posición horizontal
6. Tener precaución de que los tubos de caucho del tensiómetro y fonendoscopio estén bien colocados para evitar que se produzcan ruidos que confundan los sonidos.
7. Recuerde exactamente las cifras obtenidas. Si tiene duda, repita el procedimiento, pero teniendo la precaución de bajar la aguja o el mercurio hasta cero.
8. En controles frecuentes deje la banda colocada en el brazo.
9. En caso de lesiones cutáneas coloque previamente alrededor del brazo papel higiénico.
10. En caso de admisión se anota en la gráfica y la hoja de enfermería.
11. Debe usarse generalmente la arteria braquial izquierda a fin de que haya mejor uniformidad en las tomas subsiguientes pues entre la presión que se tome en el brazo derecho o izquierdo, existe una pequeña diferencia.
12. En caso de marcar de 150 a 180 y aún percibe sonido lleve la aguja hasta que ésta desaparezca.

- 13. Siempre que utiliza el fonendoscopio clínico u obstétrico haga limpieza de olivas con agua y jabón.
- 14. La presión sanguínea se anota en forma de fracción ejem: 120/80 significa que la sistólica es 120 y la diastólica 80.

EQUIPO:

- 1. Bandeja con :
 - Tensiómetro
 - Fonendoscopio
- 2. Lápiz
- 3. Libreta
- 4. Papel higiénico (si hay lesión dérmica)
- 5. Torundas para limpieza de olivas

PROCEDIMIENTO O TECNICA PARA LA MEDICION DE LA PRESION ARTERIAL.

- 1. Explique al paciente lo que le va hacer
- 2. Coloque al paciente en una posición cómoda
- 3. Tome el brazo derecho, colóquele la palma de la mano hacia arriba apoyándolo siempre sobre una superficie plana, a la altura del 4° espacio intercostal.
- 4. Descubrir completamente el brazo donde va a tomarse la presión arterial, evitando presiones en el vestido.
- 5. Colocar el brazaleta con el brazo más o menos dos (2) cm.

por encima del pliegue del codo, dejándolo libre y evitando que quede muy ajustado o muy flojo. La cámara neumática debe quedar sobre el eje longitudinal de la arteria braquial.

6. Localice la arteria radial y palpe el pulso.
7. Insufle aire rápidamente hasta dejar de sentir el pulso.
8. Identifique los mm de Hg que marca la columna de Hg, en el momento en que desaparece el pulso.
9. Deje salir el aire hasta cero (0)
10. Palpe la arteria braquial, o sea la que pasa por la parte interna del brazo y coloque sobre ella el diafragma del fonendoscopio, teniendo cuidado de que quede fuera del brazalete.
11. Coloque las olivas del fonendoscopio en los oídos del examinador.
12. Tome la pera en la mano libre, cierre la llave sin ajustarla demasiado, insufle aire hasta 20 mm Hg por encima de la cifra donde deja de sentir el pulso radial.
13. Abra lentamente la llave de la pera para que el aire salga a una velocidad no mayor de 3 mm-Hg/seg.
14. Observe la columna de mercurio o la aguja del manómetro identificando la cifra donde escucha el primer ruido a medida que va dejando escapar el aire, el cual corresponde a la presión sistólica.
15. Continúe eliminando el aire hasta que advierta un cambio brusco en el sonido que de muy alto pasa a ser débil. Esta

es la presión mínima o diastólica.

16. Elimine el aire y retire el brazalete o banda

17. Haga anotaciones de enfermería así: Hora, resultado obtenido u observaciones especiales.

TOMA CASUAL Y AFINAMIENTO

La adecuada medición de la presión arterial permite detectar oportunamente pacientes hipertensos mediante la **toma casual** (o primera medición) y el **afinamiento** (o toma basal) cuyo procedimiento describimos a continuación :

Toma Casual: Se define como la medición de la presión arterial realizada a las personas mayores de 15 años, en posición sentada y en el brazo derecho, esta toma requiere un tiempo aproximado de cinco minutos incluyendo la explicación, la medición y la orientación según los resultados.

Conducta a seguir según los resultados de la toma casual.

Persona con presión arterial inferior a 140/90; se dá educación sobre factores de riesgo y se cita para nueva medición en un año.

Persona con antecedentes de hipertensión arterial, en tratamiento o no, se hace afinamiento y se pasa al médico con cualquier cifra de presión arterial que presente.

Persona con presión arterial igual o superior a 160/90 se hace afinamiento.

Persona con presión sistólica mayor o igual a 160 mm Hg y diastólica menor de 90, para a afinamiento.

TOMA BASAL O AFINAMIENTO:

Es el procedimiento que permite delimitar las cifras habituales de la presión arterial y diagnosticar, junto con otros datos de la historia clínica, la hipertensión arterial.

Se debe hacer afinamiento a las personas cuya presión diastólica sea mayor o igual a 90 y la sistólica mayor o igual a 140 mm en la toma casual.

La actividad requiere 5 minutos de descanso previo a la medición; se efectua por tres veces consecutivas con intervalos de dos minutos en posición sentado, sin haber fumado, ni haber tomado tinto en la última media hora y con vejiga vacía.

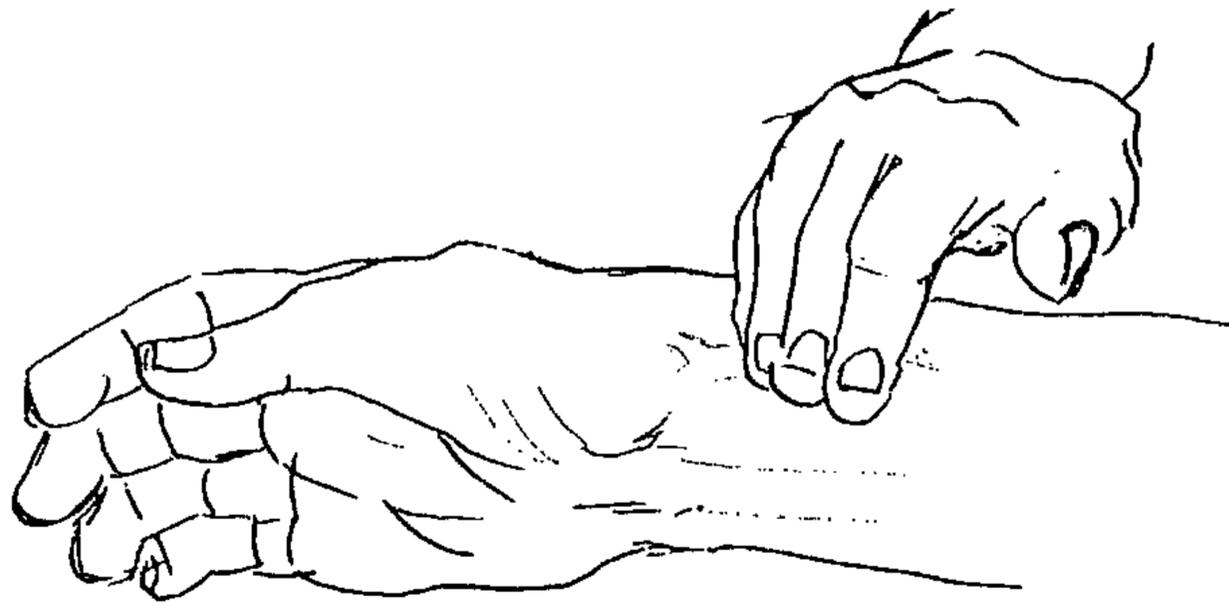
Conducta a seguir según los resultados de la toma basal.

Si el promedio de dos ó tres mediciones es menor de 140/90 se cita a nueva medición en 6 meses y se orienta sobre prevención y control de factores de riesgo.

Si el procedimiento de las tres mediciones es mayor o igual a 140/90, la persona pasa al médico para que haga el diagnóstico y determine si hay lesión de órgano blanco.

C. PULSO

Se entiende por pulso los latidos percibidos por los dedos del examinador al palpar una arteria, estos latidos se deben al cambio de volumen y tensión que experimenta la arteria cada vez que por ella pasa la onda de presión originada por el sistole ventricular.



El corazón en reposo sólo impulsa de 4 a 6 litros de sangre por minuto; pero con el ejercicio puede ser cinco veces mayor. Cada vez que el ventrículo se contrae, envía unos 70 ml. de sangre aunque hay grandes variaciones compatibles con la existencia.

Cualquier cambio en el volumen de sangre bombeado por el corazón.

Cualquier interferencia en el funcionamiento cardíaco.

Cualquier variación de la frecuencia cardíaca y cualquier cambio en la elasticidad de la pared arterial, modificarán el pulso.

Como el corazón y los vasos sanguíneos están controlados por el sistema nervioso, por interferencia del funcionamiento normal de este sistema el pulso puede modificarse.

Un estado anormal del cuerpo producirá cambios funcionales en corazón, vasos sanguíneos, lo cual se manifiesta por modificaciones de pulso.

Observando los detalles del pulso se conocerá el estado general del paciente.

El pulso normal promedio aproximado por minuto es:

Al nacer 140	De 4 a 8 años 86 - 90
Primer año 115 - 130	De 8 a 15 años 80 - 86
Segundo año 110 - 115	Adultos 60 - 80
Tercer año 90 - 100	En el viejo 60 - 70

Cuando el pulso aumenta más de lo normal por ejemplo más de 100 latidos por minuto hay aceleración del pulso o taquicardia; cuando el pulso es lento, menor de 60 latidos por minuto se llama bradicardia.

El pulso tiene sus características como son :

Ritmo: Normalmente las pulsaciones se suceden ritmicamente, es decir se hallan separadas por idénticos intervalos de tiempo. Cuando el pulso pierde su ritmo se dice que es irregular o arritmico.

Volumen: En los vasos del sistema circulatorio el volumen de sangre es más o menos constante. Si el volumen sanguíneo es normal, el pulso será lleno o amplio. Si el volumen disminuye y no se percibe una expresión bien definida el pulso es débil, filiforme, vacilante, pequeño. Si el volumen no puede palpase, es imperceptible rápidamente el pulso es rebotante. Cuando las distintas pulsaciones son de amplitud diferente se dice que el pulso es desigual.

Tensión: Es el grado de presión que se ejerce con los dedos para obliterarlo completamente. A medida que el individuo envejece las arterias tienden a perder sus elasticidad y a endurecerse. La tensión puede ser baja si la presión que se hace sobre la pared arterial es ligera, entonces decimos que el pulso es blando, y será duro cuando la arteria es difícil de comprimir. El pulso normal del adulto es el que tiene una frecuencia de 60 a 80 latidos por minuto, un ritmo regular y volumen lleno.

El pulso puede tomarse en cualquier parte del cuerpo donde hay

arteria que pueda comprimirse contra una base firme (ósea).

Para tomar el pulso los sitios que suelen elegirse con más frecuencia son: **Arteria radial** se percibe en la cara anterior de la muñeca, en el lado del pulgar, punto por donde la arteria radial pasa por encima del radio; **arteria temporal** se percibe por delante de la oreja, arriba de la articulación tempromaxilar, donde la arteria temporal pasa por encima del hueso del mismo nombre; **arteria pedia** se encuentra en el dorso del pie, sobre una línea que transcurre entre el primero y segundo dedos, por encima del arco longitudinal; **Arteria carótida** (a cada lado del cuello, exactamente enfrente del lóbulo de la oreja; **arteria femoral** en la ingle, entre la espina iliaca enterosuperior y la sínfisis del pubis, abajo del ligamento inguinal.

El pulso apical: Se percibe en el tórax a nivel de la punta del corazón, en el quinto espacio intercostal, entre 5 y 8 cm. a la izquierda del esternón, justo por debajo del pezón izquierdo. Se aplica el estetoscopio sobre esta zona y se cuenta el número de latidos en un minuto.

El pulso suele tomarse normalmente en la arteria radial ya que éste es el sitio más accesible y conveniente tanto para la enfermera como para el paciente.

Para tomar el pulso del paciente, éste debe estar en reposo,

sentado o acostado con comodidad y que el miembro superior o parte en la que se vaya a tomar esté apoyado correctamente. Se aplican los dedos índice, medio y anular con suavidad sobre la piel del punto en la que la arteria pasa por encima del hueso subyacente. La razón de no emplear el pulgar para tomar el pulso es que la persona que esté tomándolo lo puede sentir las pulsaciones de su arteria radial propagadas en este dedo. Es aconsejable para mayor seguridad y poder determinar bien sus características tomar el pulso en un minuto.

Técnica

OBJETIVOS:

1. Apreciar la frecuencia y características del pulso
2. Ayudar al diagnóstico y control de ciertas enfermedades
3. Comprobar efectos del tratamiento.

PRINCIPIOS:

1. El ritmo de las pulsaciones aumenta en el ejercicio, la comida, las emociones fuertes y los extremos de calor y frío.
2. El pulso disminuye con el descanso, el ayuno y las temperaturas moderadas.
3. Las drogas estimulantes aumentan al número de pulsaciones y las depresoras las disminuye
4. El pulso tiene una gran influencia en la edad, el sexo y la constitución física.

5. En todas las arterias hay pulsaciones que son percibidas al presionarlas sobre un hueso.

D. RESPIRACION

CONCEPTO: Acción y efecto de respirar. Es el acto continuo de espirar e inspirar aire de los pulmones para introducir O_2 y eliminar CO_2 , H_2O y otros productos de oxidación a través de los mismos. Es el medio por el cual un organismo cambia gases con la atmósfera.

ORGANOS DE LA RESPIRACION: Naríz, Faringe, Laringe, Tráquea, Bronquios, Pulmones, Bronquiolos, Alvéolos. (revise anatomía y fisiología).

OBJETIVO:

1. Contar el número de respiraciones
2. Ayudar al diagnóstico
3. Darse cuenta del estado real del paciente
4. Comprobar efectos del tratamiento
5. Descubrir a tiempo complicaciones

PRINCIPIOS:

1. Función principal de la respiración es suministrar oxígeno

- a las células del cuerpo y eliminar el exceso de anhídrido carbónico.
2. La inspiración y espiración se realiza principalmente por la acción del diafragma y los músculos intercostales.
 3. La respiración es un acto inconsciente
 4. Los factores que regulan y mantienen el ritmo de la respiración son: El control respiratorio en el bulbo, las fibras del sistema nervioso autónomo y la composición química de la sangre.
 5. El intercambio de oxígeno y bióxido de carbobo tiene lugar en los alveólos pulmonares.
 6. El bióxido de carbono estimula el centro respiratorio
 7. El oxígeno es una sustancia esencial para la vida

INSTRUCCIONES GENERALES:

1. Tome la respiración conjuntamente con los demás signos vitales, especialmente después del pulso, dejando los dedos como si se continuara tomando el pulso y empezara a contar la respiración.
2. Como la respiración es voluntaria, tómela sin que el paciente se dé cuenta de ello, ya que ésto alteraría su frecuencia.
3. Siempre tome la respiración en un minuto para evitar datos falsos.
4. En la respiración observe las características: superficial, profunda, regular o irregular, forzada o difícil.

5. En la mujer se aprecia la respiración mejor en el tórax y en hombre en el abdomen.
6. Determine el número de respiraciones contando las veces en que el tórax o abdomen sube o baja, en un minuto.
7. La respiración varía de acuerdo a la edad: en los niños lactantes de 34 a 40/m. En niños de 5 años aproximadamente 25/m. y el adulto 16 a 20/m.
8. Si no observa la respiración con claridad, notifíquelo.
9. Anote el resultado en la hoja de gráfico u hoja de control de signos vitales, según normas establecidas en la institución.

EQUIPO:

1. Reloj con segundero
2. Libreta
3. Lápiz o bolígrafo

MECANICA DE LA RESPIRACION

El aparato circulatorio en combinación con el respiratorio eliminan el CO_2 como producto del desecho del Metabolismo.

Respiración Interna: Intercambio de gases entre la sangre y las células del cuerpo.



Respiración Externa: Intercambio de gases entre la sangre aire, pulmonar, inspiración y espiración.

Inspiración: Expansión del tórax y pulmones por entrada de aire.

Espiración: Relajación del diafragma y los músculos intercostales externos. Expulsión de aire y la presión se compensa hasta igualar a la atmosférica.

Hay dos tipos principales de movimientos respiratorios: Torácico (costal) y abdominal (diafragmático) éstos por acción de los músculos torácicos y abdominales.

Los movimientos respiratorios son regulados por el centro respiratorio situado en el **bulbo raquídeo**. Centro sensible a varios factores como concentración de anhídrido carbónico en la sangre y expansión de los pulmones. La frecuencia y profundidad de la respiración en cierta medida se encuentran bajo control voluntario.

Respiraciones Normales: 16 - 20: una (1) respiración por cada 4 pulsaciones

30 - 40 Recién Nacido

26 - 30 1er año

14 - 16 ancianos

VARIACIONES DE LA RESPIRACION: Edad, sexo, ejercicio, digestión, emociones, ciertas enfermedades, medicamentos: morfina, anestésicos, cafeina, atropina, aplicación del frío o dolo, fiebre hemorragia, choque, cambio de la presión atmosférica.

Un adulto joven normal inhala y exhala unos 50 ml. de aire en cada movimiento respiratorio.

El ritmo de las respiraciones se refiere a la regularidad de los movimientos inspiratorios y espiratorios.

METODO PARA OBSERVAR LOS MOVIMIENTOS RESPIRATORIOS

La persona debe estar quieta, tranquila, cómoda y sin que perciba; cruzar el brazo del paciente, sobre el tórax y la enfermera como si el pulso se tomara, observa el # de veces que se contrae y expande el tórax. Puede adaptar también su respiración a la del paciente.

Observar características, manifestaciones y frecuencia

Disnea: Dificultad para respirar

Hipernea: Respiración sobre en frecuencia y profundidad

Ortopnea: Respiración necesaria sentada

Cianosis: Coloración azulada, en especial de la piel y mucosas por concentración excesiva de hemoglobina reducida en la sangre.

El número normal de respiración en un adulto es de 12 a 18 por minuto y el aumento anormal se llama taquipnea; la disminución bradipnea.

Eupnea: La respiración normal, la que el individuo sano conserva (sin esfuerzo, es regular y sin ruidos).

Apnea: Ausencia de respiración.

III. ENEMAS

Introducción por vía rectal de una cantidad de líquido que puede variar entre 100 y 1000 cc,

CLASES:

Enema de retención: Introducción lenta por vía rectal de una sustancia máximo de 100 cc. para ser retenida o absorbida. Ej.: medicamentos.

Enema evacuador: Introducción de solución en el recto con el fin de ayudar a la expulsión del contenido fecal.

OBJETIVOS DEL ENEMA EVACUADOR:

1. Estimular el peristaltismo
2. Desintoxicar el organismo
3. Aliviar la flatulencia
4. Vaciar el recto
5. Administrar medicamentos

6. En Obstetricia:

- Vaciar el recto y prevenir las contaminaciones durante el parto.
- Desocupar el recto para facilitar la salida del feto.

PRINCIPIOS:

1. La introducción de solución en el intestino ayuda al peristaltismo.
2. Al evacuar el intestino se aumenta el espacio para el canal del parto facilitando la expulsión del feto.
3. El descenso del líquido del irrigador se hace por la fuerza de la gravedad.
4. La irritación química de la membrana mucosa producida por ciertas sustancias, estimula el peristaltismo.
5. Los espasmos de las paredes intestinales disminuyen al mínimo en la introducción lenta del tubo lubricado.
6. Los medicamentos introducidos por vía rectal se absorben a través de la mucosa intestinal.

INSTRUCCIONES GENERALES:

1. Revise la cánula que debe estar en buen estado para evitar erosión en la mucosa rectal.
2. Al preparar la solución con agua ponga primero el soluto

- (solución jabonosa), después el solvente (agua).
3. Introduzca la solución lentamente, el irrigador debe colocarse a una altura de 50 60 cm, del nivel de la cama.
 4. Si es posible utilice agua tibia
 5. En Obstetricia: cuando la paciente tenga contracciones, cierre la llave y espere que pase. Si la bolsa del agua está intacta puede expulsar la solución en el sanitario.
 6. La cantidad de solución para el niño debe ser indicada por el médico.
 7. Para adultos generalmente puede ser de 500 a 1000 cc.
 8. Siempre coloque al paciente sobre el lado izquierdo para así facilitar la entrada de la solución.
 9. Instruya al paciente sobre la importancia de retener el líquido hasta donde sea posible.
 10. Haga que el paciente respire lentamente por la boca.
 11. Ofrezca la cámara si el paciente no puede ir al baño.
 12. En niños utilice pera rectal

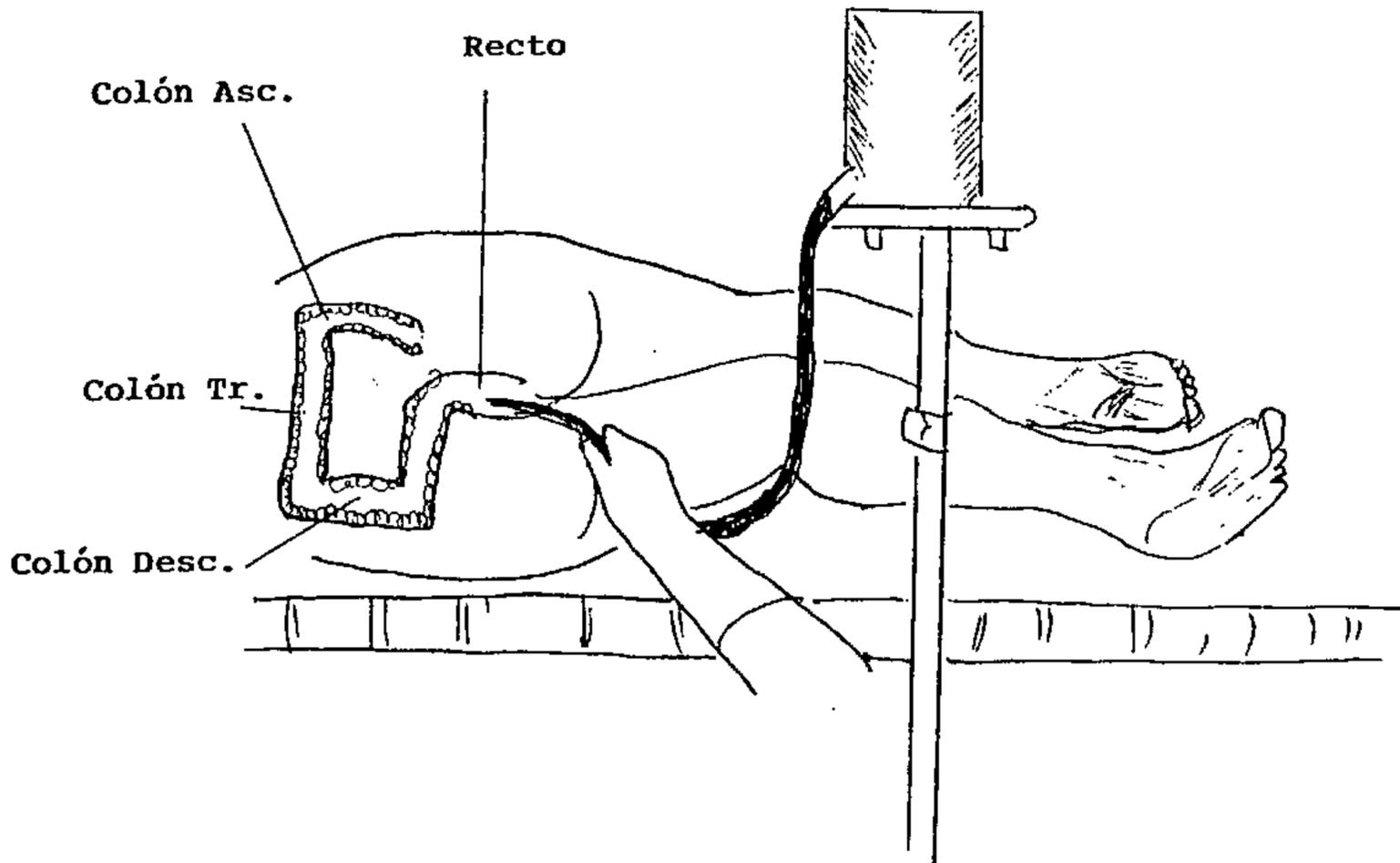
EQUIPOS:

1. Bandeja con :
 - Pera rectal (si es niño)
 - Envase para la solución de enema
 - Sonda Rectal
 - Papel higiénico
 - Lubricante

- Solución indicada (Traved, fleet, baxter)

- Hule

2. Biombo (si es necesario)



**PARA EL ENEMA EL PACIENTE ADOPTA LA POSICION SIMS IZQUIERDA
PROCEDIMIENTOS:**

1. Explique al paciente lo que va a hacer y pida su colaboración.
2. Lleve el equipo a la unidad del paciente
3. Coloque el biombo (si es necesario)
4. Saque el aire del tubo del irrigador y cierre la llave
5. Coloque al paciente preferiblemente sobre el lado izquierdo con ambas rodillas flexionadas, la pierna de arriba, ligeramente más alta que la de abajo (Ver gráfica).

Esta posición puede variar de acuerdo con el estado y los deseos del paciente.

6. Coloque el hule
7. Lubrique la cánula, separe los glúteos e introdúzcala por el recto. Sosténgala, abra la llave.
8. Levante el box o la bolsa con solución a la altura indicada dejando que entre correctamente la solución.
9. Cierre la llave cuando la solución haya terminado, retire la cánula con papel higiénico, sáquela del caucho y envuélvala en el papel.
10. Espere de 5 a 10 minutos mientras que el paciente retiene el enema, pero en caso de que no pueda hacerlo trasládalo al baño o pásese la camera.
11. Pase papel al paciente para que se haga limpieza
12. Retire los implementos utilizados
13. Pásese agua para que se lave las manos e instrúyale al respecto
14. Haga anotaciones de enfermería así :
 - Fecha
 - Hora
 - Solución empleada
 - Descripción de los resultados
 - Cantidad
 - Características Generales

IV. HIGIENE DEL PACIENTE

A. BAÑO EN CAMA

El baño completo en la cama, limpia la piel, estimula la circulación permite al paciente hacer un poco de ejercicio y fomenta su comodidad. Así mismo permite valorar :

- Color y estado de la piel
- Movilidad articular
- Fuerza muscular

Dependiendo del estado general del enfermo y la duración de la hospitalización, se le puede dar baño completo o parcial diario.

El baño parcial: Que incluye manos, cara, axilas, espalda, genitales y región anal, cuando la persona tiene piel seca y frágil o está muy debilitada.

Aspectos importantes a tener en cuenta:

Al avisar al paciente que le dará un baño, invítelo a ayudarlo en la maniobra: "para que haga ejercicio y estimule su sentido de independencia".

Al elevar la cama a la altura que le resulte cómodo trabajar, usted busca evitar el estiramiento excesivo de la espalda.

Al usar jabón debe lavar muy bien el paño "los residuos de jabón pueden causar escozor y resequedad".

Al lavar el brazo con restregaduras largas y suaves yendo de la muñeca al hombro "para estimular la circulación venosa" y se observa el color de la mano y los lechos ungueales "para valorar la circulación periférica".

Cuando se lava, enjuaga y se seca abdomen e ingles "se observa si hay distensión e hipersensibilidad abdominal".

Al flexionar y lavar la pierna mediante restregaduras largas y suaves que vayan del tobillo a la cadera para "estimular la circulación venosa". No se aplica masaje para "evitar el desprendimiento de un probable trombo, lo cual puede causar embolia pulmonar". Solo enjuague y seque.

Al lavar la región anal frotando de adelante atrás, enjuagar y

secar para "evitar contaminar el perine".

Al aplicar masaje a la espalda con loción, prestando atención a las prominencias óseas se observa la presencia de enrojecimiento, abrasiones y úlceras por decúbito.

Al llevar la ropa de cama sucia al cesta tienda las manos muy bien o los brazos al frente para "prevenir la deseminación de microbios, no permitiendo que la ropa sucia tome contacto con su uniforme.

Durante el baño mueva las articulaciones en todo su arco de movimiento "para mejorar la circulación, conservar la movilidad articular y preservar el tono muscular".

DEFINICION:

Aseo que se hace al paciente que por limitación no puede realizarlo por sí mismo. Si el paciente puede colaborar se le permitirá hacerlo de acuerdo a sus capacidades.

OBJETIVOS:

- Procurar limpieza y comodidad al paciente
- Observar las condiciones generales del paciente
- Activar la circulación sanguínea

- Fomentar hábitos higiénicos

PRINCIPIOS:

- El baño contribuye al buen estado de ánimo
- La piel limpia constituye una barrera infranqueable a los microorganismos
- La transpiración excesiva y la presencia de bacterias en la piel son causas de olores desagradables

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Tenga todo listo antes de comenzar el baño, utilice hasta donde sea posible los implementos personales del paciente (toalla, jabón, etc.).
- Utilice el biombo si es necesario
- Haga el baño agradable
- Ofrezca de acuerdo al estado del paciente la cámara antes de iniciar el procedimiento, si es mujer, aproveche y haga el aseo de órganos genitales externos. (Ver procedimientos)
- Evitar descubrir innecesariamente al paciente, solo la parte que va a ser aseada.
- No use jabón para lavar los ojos (ni la cara en el niño)
- Limpie el cuerpo del paciente con movimientos suaves y firmes
- Asegúrese que los pliegues de la piel queden limpios y secos.
- Cambie el agua cuantas veces sea necesario

- Observe si el paciente presenta signos de erupción, manchas, secreciones, flujos etc.
- Evite poner la ropa sucia de un paciente sobre la cama de otro o en el suelo, coloque en el cuarto sucio.
- Cuide que la ropa sucia no se ponga en contacto con la limpia.
- Revise la ropa antes de mandarla a la lavandería, para evitar que vaya en ellas objetos personales.

EQUIPO:

Bandeja con:

- Jabón
- Toalla grande
- Toalla de baño
- Aplicador o palillos
- Equipo para aseo de la boca (ver procedimiento de aseo de de la boca y/o protesis)
- Peinilla
- Talco, desodorante y crema humectante
- Camisa o pijama
- Ponchera
- Ropa necesaria para cambiar la cama
- Biombo si es necesario

PROCEDIMIENTO:

Salude al paciente, explíquele lo que le va hacer

Quite la almohada si es necesario

Coloque las sábanas sobre el tórax del paciente

Haga un mitón con la toallita de baño, mójela y limpie los ojos del ángulo interno hacia el externo. (Ver dibujo).

Unte jabón al mitón, limpie la cara, orejas y cuello, enjuague, seque y retire la toalla

Quite e indique que se retire la camisa, cúbralo con la sobresábana.

Coloque la toalla debajo del brazo y limpie incluyendo axila, introduzca la mano en la ponchera y haga limpieza de las uñas, cortándolas

Continúe con el otro brazo en igual forma

Coloque la toalla sobre el tórax, doble la sobresábana hasta la cintura limpie y enjuague por debajo de la toalla y seque, continúe en igual forma con el abdomen, incluyendo la limpieza del ombligo.

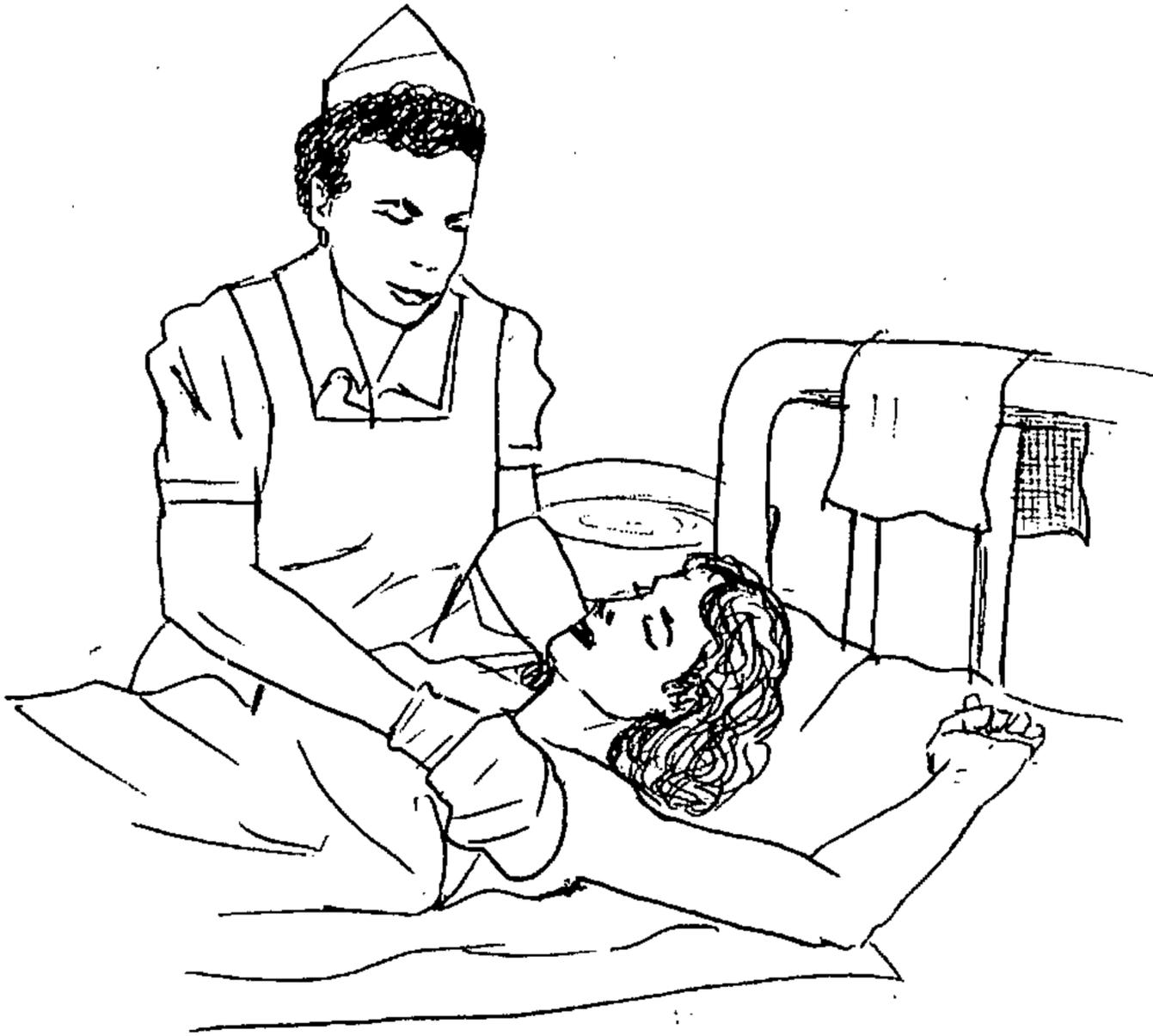
En mujeres observe anomalías en mamas, planee examen (según procedimientos) si es necesario.

Cubra al paciente nuevamente con la sobresábana y saque la toalla.

Voltee al paciente de medio lado con la espalda hacia usted, coloque la toalla al largo. Limpie la espalda y los glúteos. Seque inmediatamente. Observe estado de la piel y haga masajes con crema humectante.

Descubra la pierna, coloque la toalla debajo; limpie y enjuague, haga lo mismo con la otra pierna, incluyendo el aseo de las





OBSERVESE COMO LA ENFERMERA ACERCA EL PACIENTE Y PROTEGE LA CAMA PARA TRABAJAR CON MAYOR COMODIDAD.



MANERA DE PROTEGER LAS ARTICULACIONES Y EVITAR EXPOSICIONES DURANTE EL BAÑO

uñas.

Haga el aseo de los genitales (ver procedimiento de aseo de genitales externos)

Vista y peine al paciente

Arregle la cama y deje al paciente cómodo (ver procedimiento de arreglo de cama).

Lave el equipo y colóquelo en su lugar

Haga anotaciones de enfermería así: Fecha, hora, estado de la piel erupciones, escaras, etc.

B. ASEO DE GENITALES EXTERNOS:

DEFINICION:

Limpieza que se le hace a pacientes en la región púbica, muslos y periné.

OBJETIVOS:

- 1. Asear la región perineal
- 2. Prevenir y disminuir infecciones
- 3. Brindar comodidad
- 4. Enseñar a la paciente higiene básica personal

PRINCIPIOS:

- La piel no se esteriliza pero el uso de jabones y antisépti

cos; disminuye el número de bacterias que contienen la flora normal.

- La zona perineal es un área contaminada, por lo cual los procedimientos que en ella se realizan son limpios, no estériles.

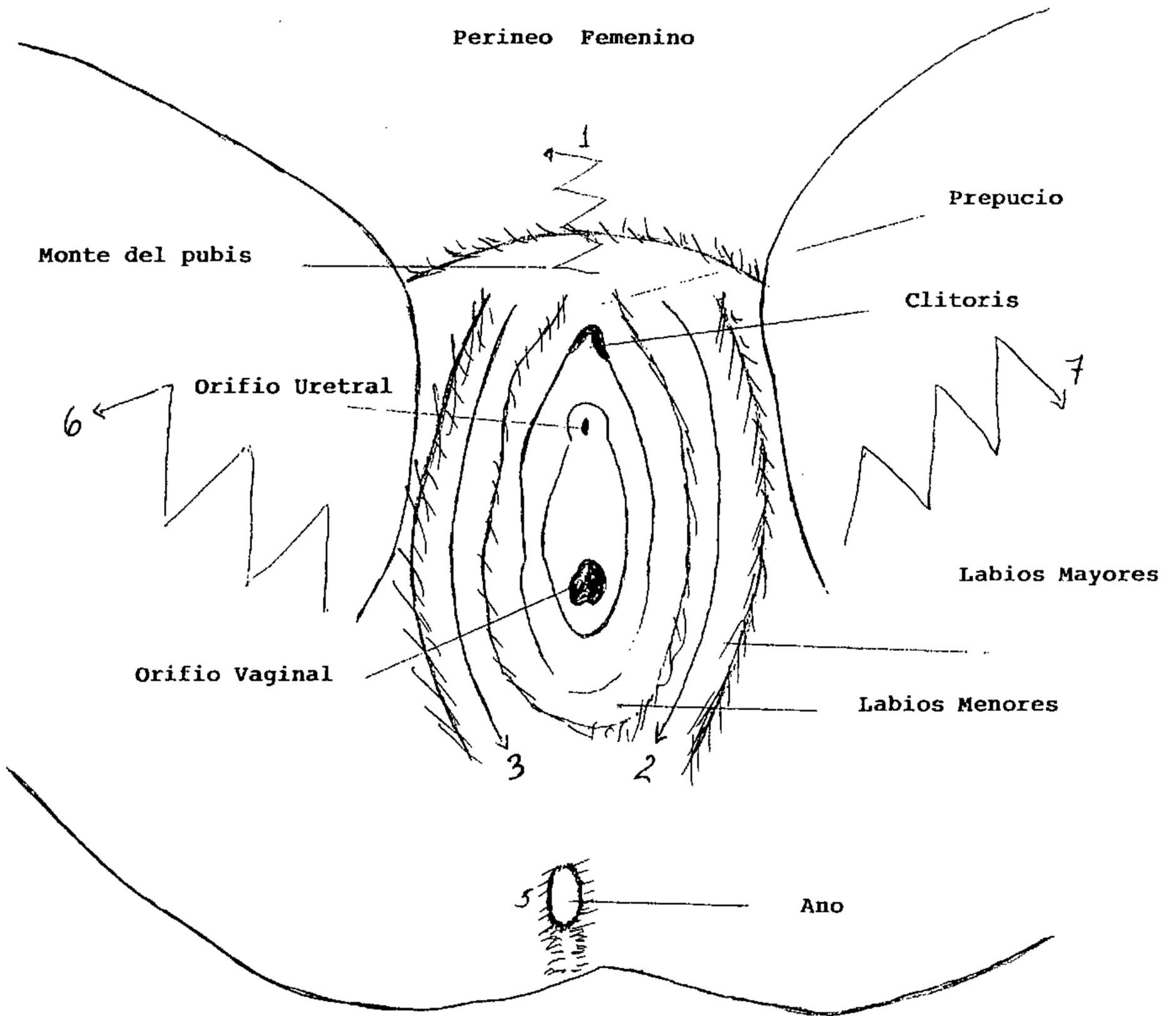
INSTRUCCIONES GENERALES:

- Cuando realice este procedimiento en la sala de parto omita la cámara
- Este procedimiento en área no suturada es LIMPIA, NO ESTÉRIL.
- Si hace aseo en área suturada utilice equipo estéril.
- En área infectada utilice guantes o pinzas
- Si no tiene algodón, utilice gasa para usar después de utilizar solución jabonosa y agua limpia.

EQUIPO:

Bandeja con :

- Jarra o recipiente con solución jabonosa
- Jarra con agua
- Torundas grandes del algodón o gasa
- Pinzas si es necesario o guantes
- Cámara o plato
- Hule (si es necesario)
- Biombo (si es necesario)
- Papel higiénico



ASEO DE GENITALES EXTERNOS

PROCEDIMIENTO:

- Explique al paciente lo que le va a realizar
- Coloque al paciente en posición ginecológica
- Coloque la camera o pato
- Vierta la solución jabonosa sobre el pubis, límpielo con la torunda haciendo movimiento en zig-zag en forma ascendente. Cambie las torundas cuantas veces sea necesario. (parte # 1).
- Vierta la solución jabonosa sobre la vulva
- Limpie el labio mayor izquierdo en forma descendente hasta el ano. Cambie la torunda (parte # 2).
- Repítalo con el labio mayor derecho (parte # 3)
- Continúe con los labior menores en la misma forma (Parte # 4)
- Limpie el centro de la vulva, hasta el ano en forma descendente (parte # 5)
- Tome otra torunda, limpie los muslos en su cara interna, en la misma forma que el pubis; cambie las torundas cuantas veces sea necesario (parte # 6 y 7)
- Vierta el agua en la vulva hasta el ano para quitar el jabón que haya quedado
- Seque si es necesario el periné. Use papel higiénico, algodón o gasa limpia
- Coloque una toalla sanitaria (en caso necesario)
- HAGA ANOTACIONES DE ENFERMERIA así: fecha, hora, cantidad de secreciones vaginales, color, olor y otras características especiales.

C. BAÑO DEL RECIEN NACIDO

DEFINICION:

Conjunto de actividades que se hacen en el hospital o en el domicilio antes de caer el cordón umbilical, y que a la vez se utiliza para inspeccionar diariamente la evolución del niño.

OBJETIVOS:

- Mantener la piel limpia y seca evitando escoraciones y quemaduras.
- Hacer que el niño se sienta seguro y cómodo e ir formándole actitudes positivas hacia la higiene.
- Estimular la circulación
- Impartir enseñanzas a la madre e ir formándole disciplinas de comportamiento hacia el niño

PRINCIPIOS:

- El manejo adecuado determinará positividad del niño hacia esta actitud
- La exposición inadecuada del niño provoca reacciones desfavorables al binomio madre-hijo
- Las actitudes del personal de Enfermería determina el grado de motivación del aprendizaje y la capacidad respectiva por

parte de la madre.

- La exploración diaria del niño permite el descubrimiento de aspectos anormales o patológicos
- La carencia de técnicas apropiadas prevee adecuada atmósfera para contaminaciones
- El Recién Nacido tiene pocos mecanismos de defensa frente a circunstancias desagradables. Por lo tanto se debe proteger de los focos de infección.

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Las actividades de Enfermería en el niño se deben orientar a estimular el crecimiento y desarrollo del niño y estimulación temprana
- No use equipo sin previa limpieza o desinfección
- Use sitio apropiado que no vaya contra las mecánicas del cuerpo.
- Evite torpeza e inseguridad en la ejecución del procedimiento.
- No descubra innecesariamente al niño
- Hágale el baño agradable y cambie el agua cuantas veces sea necesario
- Observe el cordón umbilical en busca de sangrado o signos de infección como enrojecimiento, olor, secreciones, ausencia de vasos sanguíneos
- Haga la limpieza del muñón con Merthiolate Incoloro, Permanganato de Potasio o Alcohol al 70%

- Tómelo con suavidad, sujete el cuerpo y la cabeza con firmeza
- En la cara del niño nunca utilice jabón
- El jabón debe ser del niño, no compartirlo con la madre
- Evite el uso innecesario de talco
- No utilice copitos de algodón

EQUIPO:

- Mesa apropiada para utensilios o use la colchoneta de la cuna
- **Bandeja con:** Toalla de baño - bolsa para desperdicios - Ropa necesaria (la que suministra la madre)
- **Riñonera con:** Torundas secas, suero fisiológico o agua estéril o frasco con solución de permanganato o Merthiolate incoloro.
- Platón con agua, jabón del niño

PROCEDIMIENTO:

- Arregle la ropa necesaria en el orden en que le va a utilizar
- Tome al niño y colóquelo en decúbito dorsal, quítele la ropa y abríguelo
- Limpie los ojos del ángulo interno hacia el extremo con suero fisiológico o agua estéril utilizando una torunda para cada ojo.
- Limpie las fosas nasales y las orejas con tabaquitos de algodón

- Limpie la cara, cabeza, continúe con cuello, brazos, axilas, manos y piernas.
- Sostenga el muñón umbilical con una torunda seca de algodón, limpie desde la base con torundas empapadas con Merthiolate Incoloro, Permanganato de Potasio o Alcohol al 70%.
- Limpie los genitales con torundas de algodón y agua hervida
- Evalúe estímulos y signos de madurez
- Haga anotaciones de Enfermería así: fecha, hora, observaciones generales

D. CUIDADO DE LA BOCA

Suele aplicarse a la mañana, a la hora de acostarse o después de comer: supone cepillado de los dientes y limpieza con hilo dental, además de inspección de la boca.

Se propone quitar los depósitos de placa dentobacteriana blanda y el sarro de los dientes además:

- Dar masaje a las encías
- Disminuir el mal aliento y
- Contribuir a prevenir infecciones

Al refrescar la boca, esta limpieza mejora el sentido del gusto y de esta manera contribuye a una buena nutrición

Por lo general el paciente ambulatorio puede efectuar por sí mismo el cuidado de la boca, el sujeto postgrado en cama puede requerir ayuda total o parcial, **cuanto el comatoso SIEMPRE necesita asistencia total**, que incluye hasta el uso de aspirador para evitar broncoaspiración, por escurrimiento del agua.

AL TERMINAR la limpieza bucal:

- Examine la cavidad bucal para comprobar la limpieza y el estado de dientes y tejidos
- Higiene de la boca y/o prótesis

DEFINICION:

Limpieza que se hace en la boca y/o prótesis del paciente que por su limitación lo requiere

OBJETIVOS:

- Mantener la boca, los dientes y las encías limpias
- Evitar el resecamiento de la mucosa y por consiguiente agrietamientos
- Enseñar hábitos de higiene
- Proporcionar comodidad y buena presentación al paciente
- Evitar Halitosis

PRINCIPIOS:

- Manteniendo la boca lo más limpia posible, se ayuda a conservar la boca, los dientes y las encías en buen estado de salud.
- La boca es un medio propicio para la proliferación bacteriana.
- El correcto cepillado de los dientes desaloja las partículas de los espacios interdientales
- Ayuda a prevenir caries y otras enfermedades
- La prótesis dental afecta la sensibilidad emocional del individuo.

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Cepille los dientes colocando las cerdas del cepillo en la encía superior hacia arriba, haciéndole girar hacia abajo y en la inferior hacia abajo, haciéndolo girar hacia arriba
- En pacientes inconcientes use baja lenguas cubiertos de algodón.
- En pacientes inconcientes con temperatura elevado o parálisis facial, la higiene bucal deberá hacerse con mayor frecuencia, para evitar que la boca y los labios se resequen, para prevenir sarros y no permitir que se formen secreciones escarificantes en torno de la boca.
- La prótesis debe limpiarse lo mismo que se hace con los dientes naturales



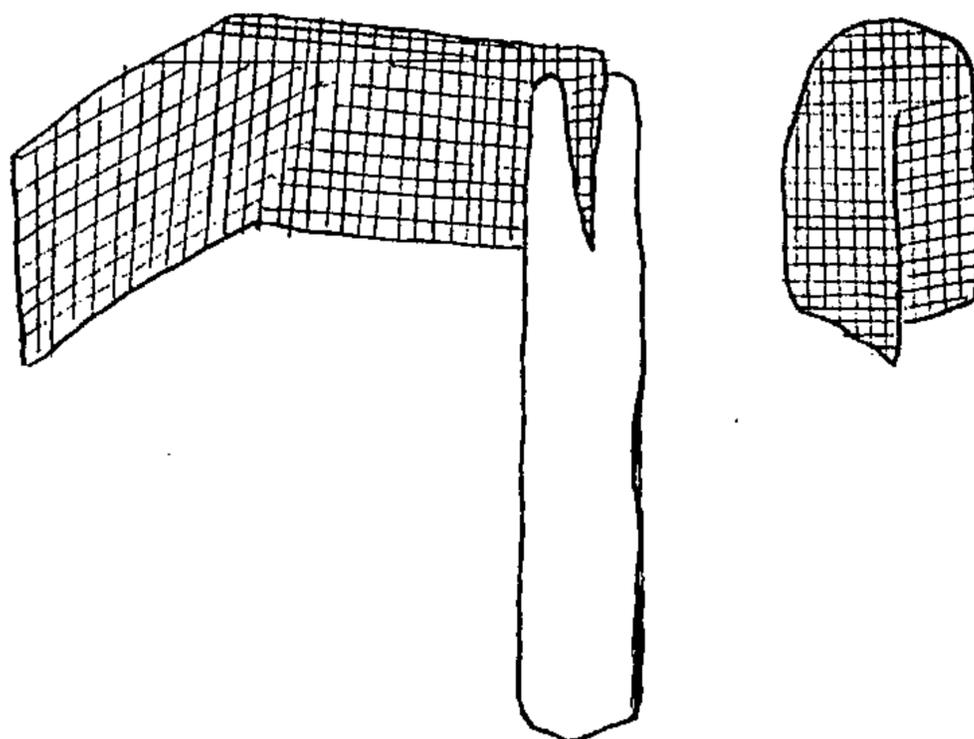
- Cuando el paciente no pueda usar la prótesis, retirarla usando gasa o pañuelos de papel, guárdela marcada en la mesa de noche.
- Use un recipiente limpio con solución antiséptica fresca para colocar la prótesis vulcanizada
- Las prótesis plásticas deben guardarse tapadas en recipientes secos
- Es responsabilidad del personal de enfermería guardar las prótesis
- No humedezca el cepillo antes de iniciar la actividad
- Informe a su superior inmediato o al médico cualquier anomalía.

EQUIPO:

Bandeja con:

- Cepillo de dientes
- Vaso de agua
- Riñonera
- Aplicadores y bajalenguas (Esquema)
- Pañuelos de papel
- Antiséptico bucal o dentrífico
- Bolsa para desperdicios
- Toalla
- Lubricante (si es necesario)

HISOPOS



PROCEDIMIENTO:

- Explique al paciente lo que va hacer y pida su colaboración
- Vuelva la cabeza de lado y coloque la toalla de manera que proteja los hombros y la almohada. Si no está contraindicado. Siéntelo.
- Ponga pasta dentífrica en el cepillo o bajalenguas
- Cepille los dientes del paciente si éste no puede hacerlo por sí mismo
- Pase al paciente un vaso de agua para que se enjuague la boca
- Acerque la riñonera hacia la boca del paciente para recibir las secreciones, retírela
- Dé al paciente un pañuelo de papel para limpiarse la boca y

y el mentón.

- Retire el equipo, lave el cepillo de manera que quede listo para usarlo.
- Haga anotaciones de Enfermería así: Fecha, hora, condiciones de las encías, labios y dientes

E. CUIDADO DEL CABELLO

El cuidado del cabello supone pasarle el peine y el cepillo, peinarlo y lavarlo. El uso del peine y cepillo estimula la circulación del cuero cabelludo, retira células muertas y residuos y distribuye los aceites naturales, dando lugar a un brillo sano. El lavado retira mugre y grasa vieja, y ayuda a prevenir la irritación cutánea

La frecuencia del cuidado del cabello depende de la longitud y textura de éste, duración del internamiento y estado del paciente. Por lo general, se debe peinar y cepillar a diario y lavarse según la costumbre de la persona, pero por lo menos dos veces a la semana.

El lavado del cabello está contraindicado en pacientes con lesión craneal, tal como craneotomía reciente, fractura craneal con hundimiento o padecimiento que requieren monitorización de la presión intracraneal.

RECUERDE:

Aplique un buen masaje al cuero cabelludo para emulsificar la grasa del pelo. "El frotamiento vigoroso estimula la piel y también coadyuva al relajamiento del individuo

DEFINICION:

Es la limpieza y el arreglo del cabello del paciente que no puede hacerlo por sí mismo.

OBJETIVO:

- Limpiar el cabello ayudando a remover partículas y demás impurezas del cuero cabelludo
- Dar comodidad física y mental
- Enseñar hábitos higiénicos
- Activar la circulación del cuero cabelludo

PRINCIPIOS:

- La buena presentación es un modelo agradable para la mente cuando el mal estado físico ocasiona depresión y desaliento.
- La piel íntegra es una de las primeras líneas de defensa contra agentes nocivos
- El cuero cabelludo también posee algunas glándulas sebáceas,

nervios y vasos sanguíneos.

- Los jabones y el agua emulsionan las grasas
- Las álcalis se neutralizan en ácidos como el crético y el acético
- Las afecciones del cabello y cuero cabelludo pueden crear sentimientos de inferioridad
- Los pedículos son transmisores de muchas enfermedades
- La posición incómoda produce fatiga muscular
- El cabello necesita agua y luz
- Ciertas enfermedades pueden ser transmitidas por peinillas sin lavar

INSTRUCCIONES GENERALES:

LAVADO CABELLO O CHAMPU EN CAMA

- Evite mojar al paciente (inconscientemente)
- Proteja la cama colocando la toalla debajo de la cabeza del paciente
- El cuidado del cabello debe hacerse de preferencia a pacientes imposibilitados y en horas de la mañana
- Proteja al paciente de corrientes de aire
- En caso de escoriaciones e infecciones del cuero cabelludo no utilice jabones corrientes sin orden médica
- Evite prolongar por mucho tiempo el procedimiento ya que la posición resulta muy incómoda para el paciente.

- Haga el masaje del cuero cabelludo con la yema de los dedos.
- Si carece de jarra utilice botellas de dextrosa

EQUIPO:**Bandeja con:**

- Peinilla (la del paciente)
- Jarra con agua
- Tres toallas grandes de baño
- Toallitas de cara
- Dos hules, uno pequeño y uno grande
- Cuatro nodrizas
- Periódico
- Torundas de algodón
- Jabón o champú
- Balde



PROCEDIMIENTO:

- Quite todo lo que haya debajo de la cabeza del paciente menos la almohada si está contraindicado
- Tome la almohada póngale el hule y sobre éste, una toalla.
- Baje la sobresábana hasta la cintura, aflójelo y bájele la pijama hasta los hombros, póngale una toalla sobre el tórax
- Proteja el suelo con periódicos y coloque el balde sobre éstos.
- Enrolle toalla y hule a lo largo formando una herradura y colóquela a la orilla de la cama.
- Introduzca los extremos libres del hule en el balde en forma de canal.
- Tape los oídos con torundas de algodón y con la toallita húmeda cubra los ojos del paciente. Si no hay algodón utilice papel higiénico.
- Coloque al paciente en posición adecuada con la cabeza a la orilla de la cama sobre la herradura y las caderas en el centro.
- Fije la herradura y toalla que cubre el tórax con las nodrizas.
- Suelte y desenrede el cabello del paciente.
- Vierta el agua de la jarra hasta humedecer completamente los cabellos.
- Aplique jabón o champú uniformemente dando un masaje con la yema de los dedos en el cuero cabelludo.

- Vierta agua suficiente hasta quitar todo el jabón o champú.
- Coloque al paciente nuevamente sobre la almohada, séquele el cabello con la toalla que cubre la almohada.
- Retire la toalla húmeda y reemplácela por una seca (la del tórax o de la herradura), dejándola sobre el hule que cubre la almohada hasta cuando el cabello se seque.
- Retire las toallas, las torundas, arregle la cama, deje cómodo al paciente.
- Cuando el cabello esté seco, peínelo.
- Haga notas de enfermería así: fecha, hora, reacción del paciente, condiciones del cuero cabelludo.

F. AFEITADO DEL PACIENTE VARON:

DEFINICION:

Es la eliminación de los vellos que se encuentran en barba y bigotes en el paciente varón.

OBJETIVOS:

- Asear la cara (bigotes y barbas) produciendo un mínimo de irritación.
- Fomentar hábitos higiénicos

PRINCIPIOS:

- La espuma emulsiona la grasa que cubre los poros de la barba y deja que el agua los ablande.
- La falta de afeitada en el paciente deprime su ánimo y lo hace sentir más enfermo.
- La higiene y arreglo personal del paciente ayuda a una mejor aceptación de parte de sus familiares y los demás pacientes.
- La piel integra y sana es la primera línea contra los agentes nocivos.

INSTRUCCIONES GENERALES:

- El paciente debe estar en posición cómoda
- Debe haber buena luz para evitar cortar al paciente.
- Afeite con cuidado las partes sensibles, como el bigote.
- Rasure siempre en dirección del nacimiento del vello y mantenga siempre la piel estirada.
- Mantenga la navaja de afeitar y la piel mojada, mientras se hace el afeitado.
- Conserve la navaja limpia para lograr un mejor afeitado.
- Utilice una hoja de afeitar cada vez que rasure
- El familiar puede colaborarle con la actividad.

EQUIPO:

Bandeja con: Máquina de rasurar y cuchillas

- Espejo
- Palangana con agua
- Jabón o solución jabonosa
- Brocha o gasa
- Toalla de cara
- Papel higiénico
- Alcohol o loción de afeitar

PROCEDIMIENTO:

- Coloque al paciente en posición cómoda
- Cubra los hombros con la toalla
- Humedezca la barba con la solución jabonosa
- Haga buena espuma utilizando brocha o gasa. Deje actuar unos segundos
- Utilice el papel higiénico para limpiar el exceso de vello.
- Quite el exceso de jabón que quedó en la barba del paciente.
- Aplique alcohol o loción del paciente.
- Haga anotaciones de Enfermería así: Fecha, hora, características observadas.

V. COLOCACION Y RETIRO DE LA CAMERA O PISINGO

DEFINICION:

Asistencia que se presta al paciente cuando tiene necesidad de evacuar la vejiga o el intestino.

OBJETIVOS:

- Observar y anotar las características de la materia fecal u orina eliminada.
- Recolectar muestras para exámenes de laboratorio
- Dar comodidad y seguridad al paciente.
- Enseñar al paciente hábitos de higiene.

PRECAUCIONES:

- Seque el pato antes de pasarlo.
- Proporcione privacidad al paciente y evite exposiciones innecesarias.

- Emplee algunas técnicas para estimular la eliminación, si es necesario.
- Proporcione suficiente tiempo para la eliminación.
- Airee la sala una vez terminada la evacuación.

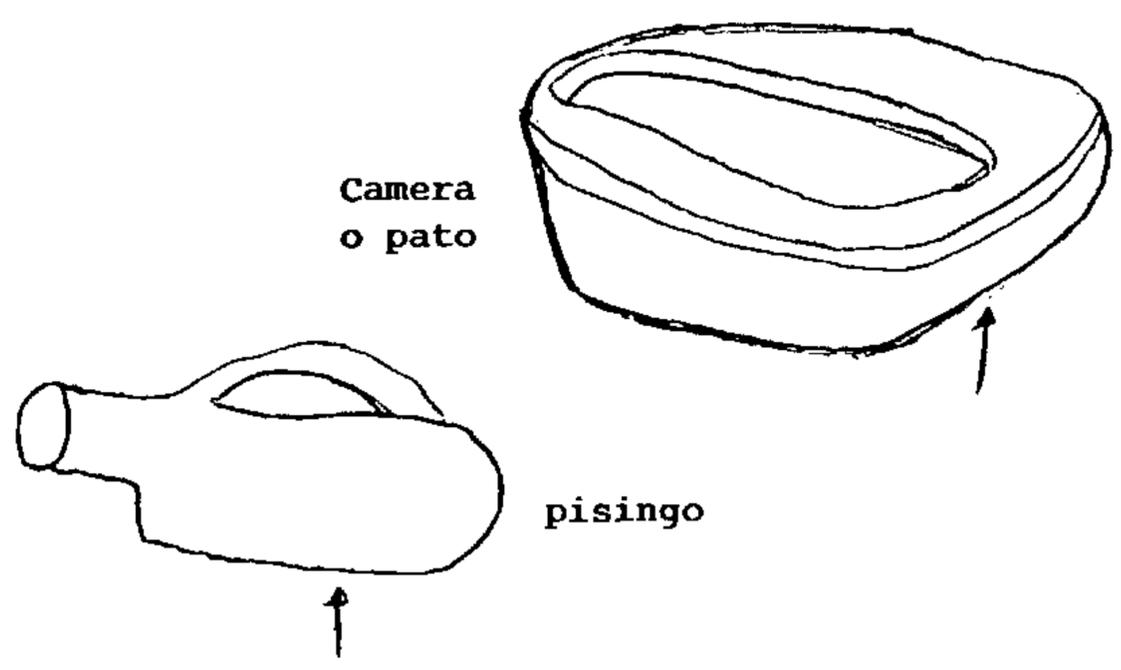
PRINCIPIOS:

- La actividad física disminuida, los cambios en la dieta, el efecto de ciertos medicamentos y el estado emocional del paciente pueden causar estreñimiento, diarrea o incapacidad para evacuar.
- El calor reduce la tensión muscular y el frío contrae la musculatura.
- La relajación es importante para la eliminación.

PROCEDIMIENTO:

- Seque la camera y llévela a la cama del paciente.
- Indique al paciente que doble las rodillas apoyándose en los talones.
- Levante la parte superior de la cama.
- Desaloje la camisa o pijama convenientemente
- Tome la camera con la mano distante a la cabecera, pase el otro brazo por debajo de las caderas, pida al paciente que levante la pelvis y colóquelo de modo que los glúteos descansen sobre el asiento de la camera.

- Si no hay contraindicación deje al paciente en posición de Fowler.
- Acerque el papel higiénico, el timbre, déjelo solo y esté lista a su llamada.
- Ayúdelo a terminar de asearse.
- Quite el pato levantando al paciente en la forma anterior, retírelo y cúbralo.
- Ofrezca al paciente lo indispensable para el aseo de las manos.
- Airee el cuarto lo mejor posible.
- Vierta la materia fecal u orina en el inodoro.
- Deje el pato o pisingo limpio en su respectivo lugar.

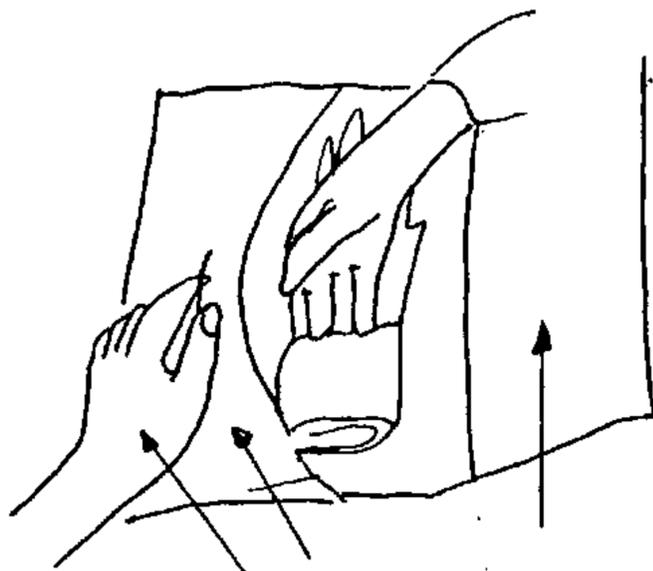
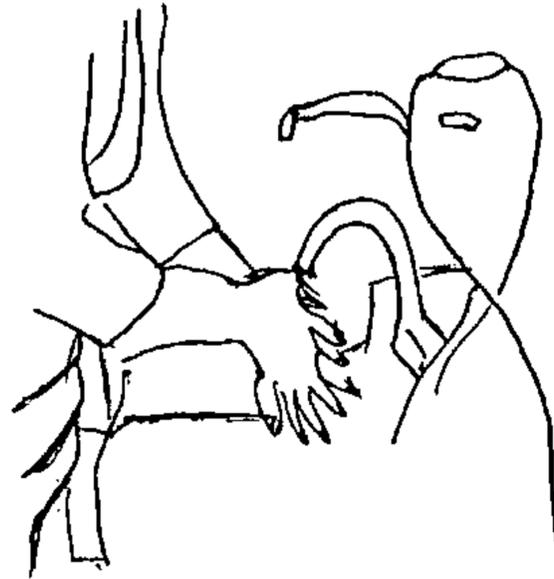


VI. CONTROL DE INFECCIONES

A. USO DE GUANTES:

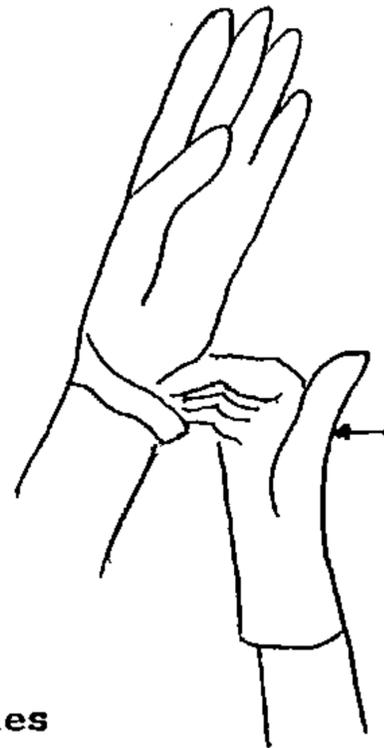
El enfermero los usa para proteger al paciente de gérmenes patógenos de sus manos y para protegerse a sí mismo de los microbios que pudiera recibir del paciente. Cuando el enfermero desea protegerse de la contaminación, por ejemplo, al introducir supositorios vaginales o rectales, sondas rectales, o bien para manejar prendas muy contaminadas, debe usar guantes limpios.

- **Colocación de los guantes estériles:** Antes de ponérselos, las manos estarán limpias y secas. El procedimiento es el siguiente :



Superficie contaminada

No permite que los guantes estériles toquen la superficie contaminada



Manténgase el pulgar extendido hacia atrás

- Abra la carpeta que contiene los guantes.
- Saque el primer guante, tomándolo por el borde del dobléz de la bocamanga como se muestra en la figura:
- Es indiferente cuál mano se enguanta primero. Para poner el guante, tire de la orilla del dobléz de la bocamanga como se ve en la figura:

Al hacer ésto tenga cuidado de no tocar la superficie externa del guante con los dedos de la mano no enguantada. Si hay dificultad para que los dedos de la mano se ajusten a los del guante olvídelo por el momento, ya que ésto se hace después, cuando ambos guantes están puestos.

Saque el segundo guante de la carpeta colocando los dedos de la mano ya enguantada por debajo del dobléz de la bocamanga, de la manera siguiente :

Luego coloque este guante tomándolo con los dedos puestos dentro del dobléz de la bocamanga, cuidando de no tocar con los dedos enguantados la mano y muñeca no enguantadas.

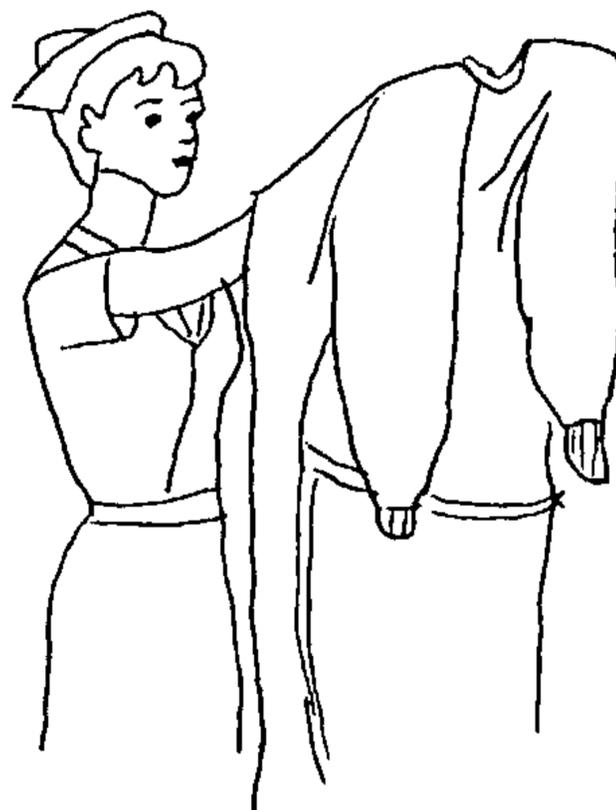
En este momento se hacen todas las maniobras para que los dedos de la mano encajen en el guante.

Cuando se usan guantes estériles para una técnica quirúrgica grande o prolongada, primero deben lavarse las manos como se recomendó y un ayudante debe abrir y sostener la carpeta con los guantes, de manera que el operador sólo toque éstos y los polvos de talco. Si no se dispone de un ayudante, se abre la carpeta de los guantes, de manera que el operador solo toque

éstos y los polvos de talco. Si no se dispone de un ayudante, se abre la carpeta de los guantes, y se agarra el paquete con los polvos de talco antes de practicar el cepillado.

B. USO DE BATAS

Al cuidar un paciente con enfermedad transmisible, el enfermero ha de usar bata para proteger sus ropas; la bata será lo bastante grande para cubrir todo el cuerpo; tendrá mangas bien ajustadas, cinturón, cintas para atarlas en la nuca y abertura de la espalda. Las batas quirúrgicas que usa el personal en salas de operaciones suelen ser de este tipo.



Es necesario usar bata distinta cada vez que al atender al paciente se haya contaminado la ropa del enfermero; por ejemplo, no es necesario usar otra bata sólo para entrar al cuarto del paciente, hablar con él o proporcionarle algún artículo.

El único método seguro para el control de las batas consiste en desecharlas, en este método se usa una bata limpia cada vez. La usada se coloca en el cajón "contaminado" para la lavandería. En realidad el método ideal no siempre es llevado a cabo en determinadas circunstancias, pues hay casos en que la bata se usa varias veces.

Colocación de una bata ya usada : Cuando se usa varias veces una misma bata deberá emplearse exactamente la misma técnica para pónersela que para quitársela. La bata se cuelga en la entrada del cuarto del paciente. Para simplificar los pasos de la técnica de uso de batas, recuérdese que el revés de éstas y el lugar donde va el cinturón no estarán contaminados. Procure cuando sea posible no acercarse a la espalda al paciente, para evitar que este lado de la bata se contamine en forma innecesaria.

Antes de ponerse la bata asegúrese que las manos no estén contaminadas.

La técnica para ponérsela es la siguiente :

- Descuelgue la bata del perchero, tocándola sólo por el revés, de la manera siguiente :

(Al colgar la bata siempre tenga la precaución de que la su perficie contaminada quede hacia fuera)

- Deslice la bata sobre manos y brazos, manteniendo éstos hacia adelante y ligeramente hacia arriba, como se indica en la figura:
- Si es difícil hacer que pasen las manos porque las bocamangas son estrechas, con una mano tire de la manga opuesta (sin sacar la carla de la manga), como se muestra en la figura:
- Cuando la manga ya está estirada suele ser más fácil manipular los dedos de la otra mano a través de la bocamanga. Recuerde que en este momento las manos aún deben mantenerse sin contaminación; así que no debe tocarse la parte externa de la bata con las manos. Si esto pasara en forma accidental, lávese de nuevo y séquese antes de cerrar la bata. (Las cintas no deben estar contaminadas).
- Ate las cintas de la bata en la nuca y en la espalda, procurando que las orillas de la bata se superpongan lo más posible.

Se ha considerado el aislamiento protector y establecimientos de normas, barreras físicas como un mecanismo para evitar infecciones por fuentes exógenas, no basta solo el lavado de manos o uso de mascarillas o guantes en los casos en los cuales

las defensas inmunológicas están deterioradas, sino prevenir el contacto entre microorganismos patógenos y personas no infectadas.

El aislamiento se ha diseñado con el fin de prevenir la diseminación de microorganismos entre paciente, personal del hospital y visitantes. Como el agente y el huésped son difíciles de controlar, la interrupción de la cadena de infección se dirige principalmente al medio de transmisión.

VII. HERIDAS

A. DEFINICION Y CLASIFICACION DE HERIDAS

Herida es la pérdida de la solución de continuidad de cualquier tejido del cuerpo causada por un agente traumático.

Se clasifican en :

- H - Heridas por abrasión: Raspaduras.
- E - Heridas cortantes: No deja bordes rugosos, sino lisos.
- R - Heridas lacerantes: Bordes irregulares, rugosos.
- I - Heridas penetrantes: Atraviesa varios órganos; balas
- D - Heridas punzantes: Las que son efectuadas con cuchillos, navajas
- A
- S - Heridas contusas: No hay lesiones por fuera; se forma hematomas e inflamaciones.

B. PROCESO DE CICATRIZACION DE HERIDAS

Por definición, una herida implica daño a los tejidos del cuerpo. Siempre ocurre, la respuesta localizada del organismo es la inflamación; en consecuencia, el inicio de la cicatrización de una herida se presentará esta reacción.

La cicatrización de heridas puede dividirse en tres fases: retraso o lactancia, fibroplasia y contracción.

En la fase de retraso, dilatan los capilares en el área lesionada, como resultado del daño a las células. Aumenta el volumen de sangre en la zona, pero el flujo sanguíneo es más lento. La sangre lleva leucocitos y plasma, que forman un exudado en el área lesionada. En este momento se desintegran las células dañadas y hay cierta tumefacción, por el taponamiento de los linfáticos con fibrina. Durante esta fase la herida suele estar cubierta por una delgada costra o red de fibrina que se absorbe después.

En la fase de fibroplasia, crecen nuevos capilares y yemas endoteliales linfáticas en el área lesionada, la fibroplasia origina la formación de tejidos de granulación (tejido conectivo); posteriormente hay epitelización (queratinización). La herida se ve rosada, por los nuevos capilares en el tejido de granulación, y el área es suave y sensible.

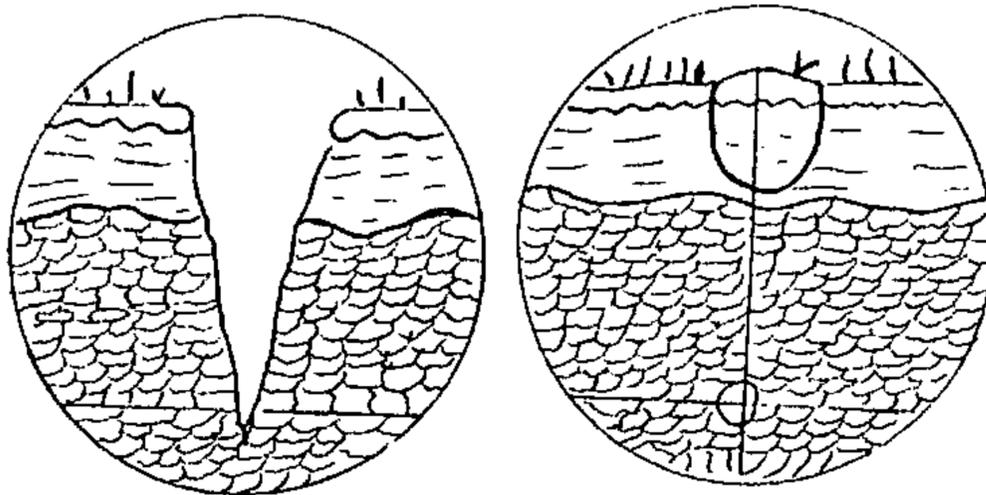
En la tercera fase de contracción, los fibroplastos forman la cicatriz después de cesar la fibroplasia. Desaparecen los brotes endoteliales de capilares y linfáticos en el nuevo tejido y la cicatriz se reduce.

Las heridas abiertas requieren mayor formación de tejido de granulación, fibroso y epitelial que las cerradas, cicatriz se reduce.

C. TIPOS DE CICATRIZACION:

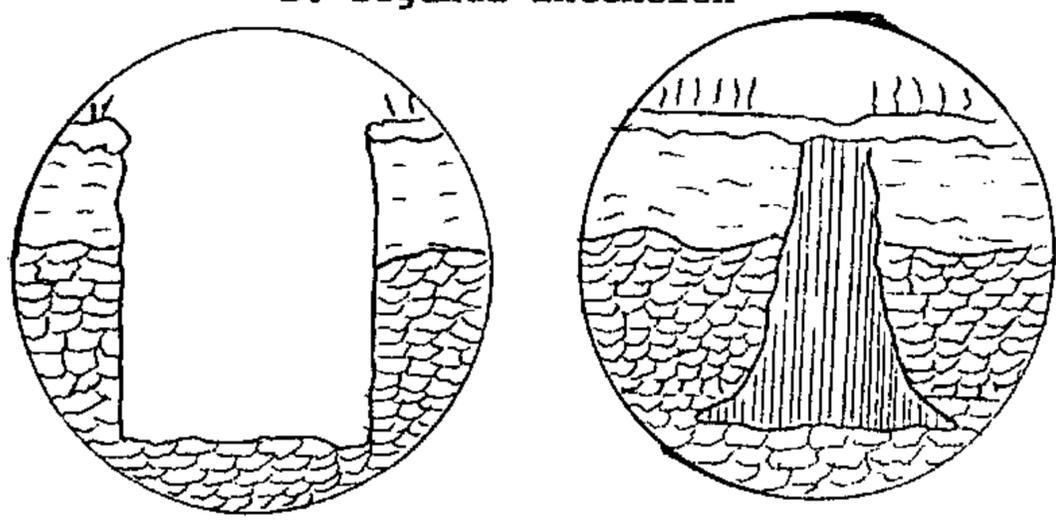
Cicatrización por primera intención: En este proceso, la herida suturada cicatriza sin infección ni separación de los bordes. Hay un mínimo de tejido de granulación que no es visible y en consecuencia se forma una cicatriz pequeña. En la mayor parte de las incisiones quirúrgicas, los bordes de la herida se suturan muy juntos y la cicatrización es por primera intención.

A. primera intención



Cicatrización por segunda intención (por granulación): En este tipo de cicatrización, la herida cierra por tejido de granulación que se forma desde la base de la lesión y de ambos lados hacia la superficie. Suele ocurrir cuando hay infección o pérdida excesiva de tejido, en ocasiones una herida puede dejarse abierta inicialmente y suturarse más adelante o quizá se abra después del cierre original y tenga que suturarse nuevamente. En estos casos se forma una gran cantidad de tejido de granulación. La cicatrización es más prolongada por que es necesario llenar un área más grande con tejido de granulación, este proceso suele originar una cicatriz grande e irregular, que posteriormente puede encogerse y contraer el tejido vecino.

B. segunda intención



D. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PROCESO DE CICATRIZACION

Múltiples factores afectan la rapidez y el carácter del proceso de cicatrización, algunos de los principales son:

- **Extensión de la lesión:** Naturalmente el proceso de reparación y regeneración es más prolongado cuando el daño tisular es extenso.

Edad: La cicatrización es más rápida en niños que en adultos. Es en particular lenta en personas de edad avanzada, por diversos factores, como una menor eficacia de los sistemas circulatorio, renal, respiratorio, muscular y sensorial y mayor posibilidad de mal estado nutricional.

Estado Nutricional: La nutrición de un individuo tiene un gran efecto en el proceso de cicatrización. Las proteínas son necesarias para la formación de un nuevo tejido, las deficiencias proteínicas retrasan la vascularización, la formación de linfáticos, la proliferación de fibroplastos, la formación de linfáticos, la proliferación de fibroplastos, la síntesis de colágena y la remodelación de la herida, los carbohidratos y las grasas se requieren para energía celular, la vitamina C participa en la maduración de las fibras de colágena durante las últimas etapas de la cicatrización. La carencia de vitamina K puede causar hemorragias y hematomas que hacen más difícil la cicatrización: las vitaminas del complejo B son necesarias para el metabolismo de las proteínas, grasas y carbohidratos, aunque aún no se conoce el mecanismo. En pacientes obesos, es mayor la frecuencia de complicaciones de heridas, como hernias incisionales, infecciones y dehiscencias (el desgarramiento de una herida)

Diabetes: Es uno de los trastornos más comunes del metabolismo. Causa alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, las proteínas y grasas que tornan a los pacientes diabéticos más

vulnerables a los efectos de la cirugía, es común que se retrase la cicatrización de la herida y haya infecciones. Cuando ocurre una infección en un diabético, suele ser más grave y prolongada. Una cantidad insuficiente de insulina también alterará de manera importante la cicatrización.

Infección: los procesos infecciosos causan destrucción tisular y en consecuencia retrasan el proceso de cicatrización. La presencia de un cuerpo extraño en una herida también dificulta la cicatrización y es una fuente posible de infección.

Riego Sanguíneo inadecuado: Cualquier factor que restringe la circulación a la zona de una herida retarda su cicatrización y la hace más vulnerable a infecciones.

Los vendajes apretados: También impedirán la circulación, al igual que las arterias dañadas en el área lesionada o a su alrededor. La cicatrización también es más lenta en personas con anemia y trastornos sanguíneos que causan insuficiencia vascular, como la arteriosclerosis en que hay acumulación de grasa en las paredes de las arterias grandes y de tamaño medio.

Inmunosupresión: La respuesta inmunitaria normal de un individuo puede evitarse o disminuirse artificialmente mediante radiación o administrando antimetabolitos, suero antilinfocítico o

o anticuerpos específicos, los pacientes con inmunosupresión tienen problemas especiales para la cicatrización de la herida.

E. PROBLEMAS MAS COMUNES EN LA CICATRIZACION

Dos problemas comunes ocurren en la cicatrización de las heridas, hemorragia e infección.

Hemorragia: Se ha definido la hemorragia como la salida de la sangre del vaso en el cual se encuentra contenida.

En una herida, los vasos sanguíneos de la zona lesionada se rompen y ocurre sangrado, que puede deberse a la ruptura de vasos sanguíneos pequeños y de superficie, o a traumatismos de otros más profundos y de mayor calibre.

Signos de hemorragia: Si se encuentra sangre roja brillante en los apósitos de una herida en curación, el enfermero debe pensar en hemorragias, y notificarla con rapidez, si esta salida de sangre, es excesiva posiblemente sobrevengan signos de choque, fenómeno que ocurre al suceder traumatismo importante en el cuerpo, el choque se pone de manifiesto por cambios en los signos vitales, como disminución de la presión arterial, pulso rápido y débil, fría y húmeda, debilidad e intranquilidad.

Heridas Infeccionadas: Se llama así, aquella herida que tiene un proceso infeccioso activo. Todas las heridas contienen gérmenes; en el aire hay muchos y, por lo tanto, inmediatamente después de abrirse la herida, puede esperarse que los albergue. Pero la simple presencia de microorganismos en una herida no significa que necesariamente vaya a haber infección.

F. OBSERVACION DE LAS HERIDAS

Cuando se examina una herida, por ejemplo, cuando se cambia un apósito, se observan cuidadosamente ciertas características de la lesión y de la secreción que produce. Se vigila la aproximación de los bordes de la herida. Algunas heridas se cierran con puntos o son recortes de piel, y otras con vendaje a presión o tiras de tela adhesiva que se estrechan en la parte central y se colocan de través sobre la herida, de modo que la parte adhesiva de la tela se adhiera a la piel del paciente a ambos lados de la lesión y haga que sus bordes se unan. La cara adhesiva de la tela aplicada directamente sobre la piel suele cubrirse de modo que no se pegue en la propia herida. La abertura de una herida suturada o fijada con tela adhesiva retrasa la cicatrización, y debe avisarse lo que ocurre de inmediato al médico.

Algunas heridas no se cierran de manera deliberada, sino que se dejan manejar de manera natural por segunda intención. Se ob

servan también los signos de inflamación y de infección de la herida como enrojecimiento, tumefacción, dolor, calor y pérdida de la función de la zona lesionada del cuerpo.

El volumen de secreción que se considera normal depende del sitio, tamaño y tipo de la herida. Normalmente se observa que las heridas exudan un poco de líquido seroso en el post operatorio. Las heridas de la región anogenital tienen más secreción serosa que las de la cara. La secreción serosa es de color ámbar y contiene agua, eritrocitos y células destruidas.

La secreción sanguínea es roja. La secreción sanguínea brillante está compuesta por sangre fresca; la secreción sanguínea obscura lo está por sangre vieja.

Las heridas infectadas suelen producir secreción purulenta. El término "purulento" quiere decir que la secreción contiene pus. Este puede ser blanco, amarillo, rosado o verde, según el germen infectante. Suele ser denso y de olor desagradable característico. Independientemente de los tres tipos básicos de secreción de las heridas, hay combinaciones que se describen como serosanguinolentas, seropurulentas y sanguionopurulentas.

Una descripción precisa de la secreción de una herida debe incluir el volumen. Las descripciones tradicionales, como abundante, moderado y pequeño, se ven sujetas a interpretación indi

vidual y con frecuencia se relacionan con el sitio y el tipo de la herida.

Además de la descripción de la herida y la secreción se anotan otros signos y síntomas, por ejemplo: dolor pulsátil cerca de la herida, fiebre, cefalea, anorexia o hemorragia u otros síntomas subjetivos de infección local o general.



VIII. INTERVENCION DE ENFERMERIA

En todas las fases de la asistencia hospitalaria y ambulatoria del paciente o individuo, la principal prioridad de el enfermero es la seguridad, la cual incluye protección del mismo contra la infección y constituyéndose para su cumplimiento, la utilización muy estricta de la técnica aséptica.

ASEPSIA MEDICA:

- Lavado de manos
- Manejo de material limpio
- Manejo de material contaminado

TECNICA ASEPTICA

- ASEPSIA QUIRURGICA:

- Uso de pinza porta objeto
- Postura de guantes
- Manejo de material estéril

- PROCEDIMIENTO DE CURACION DE HERIDAS

A. LIMPIEZA MEDICA DE MANOS

DEFINICION: Limpieza activa, química y mecánica de las manos y antebrazos

OBJETIVOS:

- Controlar la diseminación de infecciones
- Dar seguridad y protección al paciente

PRINCIPIOS:

- El lavado de las manos es el método de higiene más eficaz para la protección del paciente y del personal de Enfermería.
- El jabón ayuda a quitar de la piel la suciedad, la grasa, el sudor y las bacterias.
- Los antisépticos disminuyen el número de bacterias que contiene la piel.
- El número de bacterias que contiene el aire depende de la cantidad de polvo que lleva éste.

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Deje correr el agua mientras hace el procedimiento
- Enjuague el jabón después de ser utilizado
- Haga buena fricción para producir bastante espuma
- Enjuague bien las manos, para evitar que se quede residuos de jabón.
- Use toalla preferiblemente de papel para secarse las manos así como para cerrar la lleva.

EQUIPO:

- Jabón
- Toalla para las manos
- Recipiente para desperdicios si usa papel

PROCEDIMIENTO

- Quítese el reloj

Técnica para la limpieza médica de manos

- Abra la llave del agua
- Humedézcase las manos
- Tome el jabón y enjabónese las manos hasta el tercio medio del antebrazo
- Enjuague el jabón y póngalo dentro de la jabonera
- Enjabone la llave
- Friccione las manos y antebrazo, hasta producir suficiente espuma teniendo en cuenta los espacios interdigitales y haga estricta limpieza de las uñas
- Enjuáguese las manos dejando que el agua corra desde las uñas hasta el tercio medio del antebrazo, continúe igual con el otro brazo.
- Enjuague la llave de control
- Séquese utilizando una cara de la toalla para cada mano y antebrazo.

B. UTILIZACION DE MATERIAL ESTERIL

Definición:

Uso de todo objeto que se considera completamente libre de microorganismos.

Objetivo:

- Dar mayor seguridad y protección al paciente
- Evitar o disminuir el riesgo de infección
- Tomar medidas de precaución

Principios:

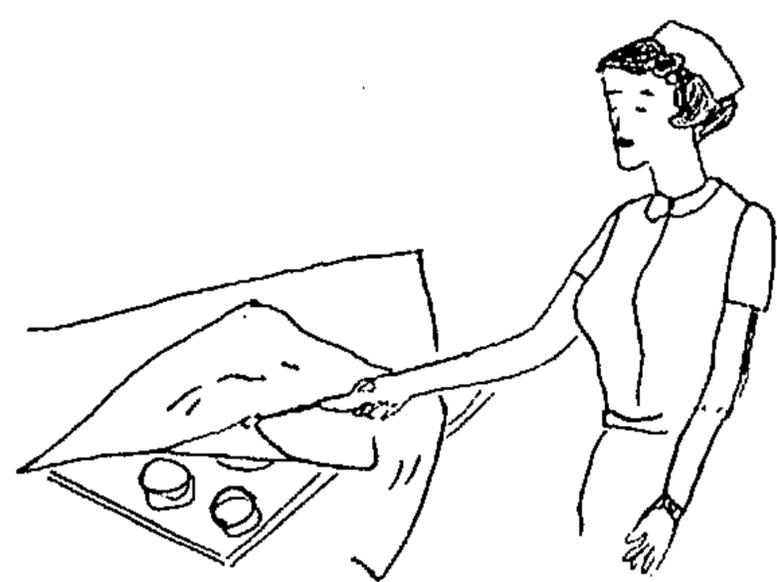
- Los gérmenes entran al organismo por la piel, tracto respiratorio y el tubo digestivo.
- El polvo y el aire llevan gran cantidad de microorganismos, algunos de los cuales son patógenos
- La base de la técnica aséptica es la limpieza
- La base de la asepsia quirúrgica es la esterilización
- Los microorganismos que producen las enfermedades transmisibles son de naturaleza parásita, existen en los tejidos vivos y se desarrollan cuando tienen ambiente propicio; tales como: calor y humedad
- Los microorganismos que se conservan en esporas pueden ser

destruidos solamente por esterilización fraccionada.

- Todo proceso de esterilización destruye todos los microorganismos patógenos incluyendo las esporas.

Instrucciones Generales

- El equipo estéril nunca será tocado con los dedos desnudos.
- Algunas cosas del equipo se manejan con guantes estériles
- Al usar pinza porta-objeto estéril: debe estar cubierta en sus dos terceras partes con solución antiséptica. Mantenga las pinzas abiertas en la solución
- Al abrir un paquete no toque el interior
- Si el paquete es grande, abralo sobre una mesa
- Evite hablar, toser, rozar con el cuerpo o pasar las manos por encima de lo estéril
- Evite salpicar con alguna solución: humedad ayuda a la contaminación.



- Abrase los paquetes estériles de manera que las puntas de las envolturas queden opuestas a la persona que va a utilizar el equipo.
- Los objetos estériles deben manejarse utilizando todas las medidas que impidan la contaminación
- Al abrir un recipiente estéril con tapa, siempre la cara
- Un área estéril se contamina cuando la tocan objetos no
- Después de un procedimiento ha comenzado, el servicio es estéril solamente para ese paciente
- Las pinzas, el recipiente y la solución antiséptica deben cambiarse cada 24 horas

C. USO DE PINZAS PORTA-OBJETO

Equipo:

- Recipiente de boca ancha
- Pinzas porta objeto
- Solución antiséptica con alcohol
- Protector

Procedimiento:

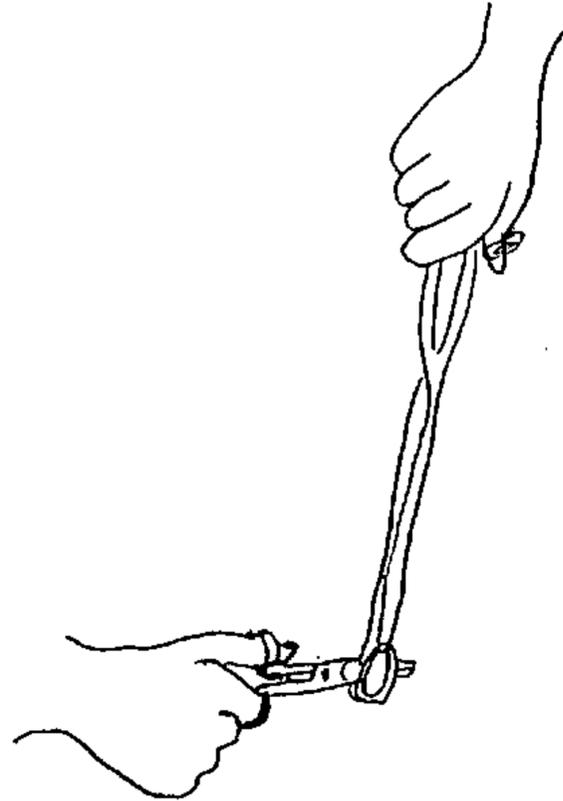
Es de acuerdo a la actividad que se vaya realizar



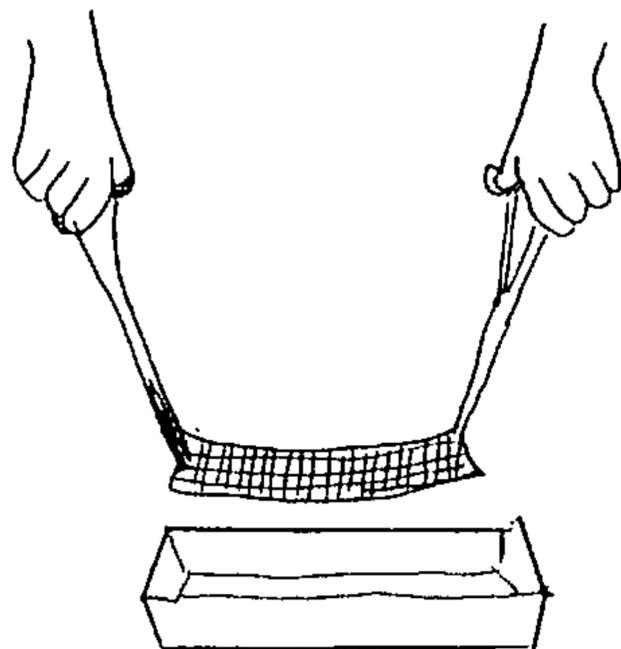
No toque las
paredes del
recipiente

- Tome las pinzas con la mano
- Sáquela en línea vertical, teniendo cuidado que la punta no toque las paredes del frasco
- Ponga la punta de las pinzas siempre hacia abajo
- Mantenga las puntas de las pinzas a la vista cuando las esté usando al nivel de la cintura o por encima de ésta
- Deje caer el objeto estéril suavemente en el campo estéril, las pinzas no deben tocar el campo

Manera de pasar un instrumento o material estéril a otra persona

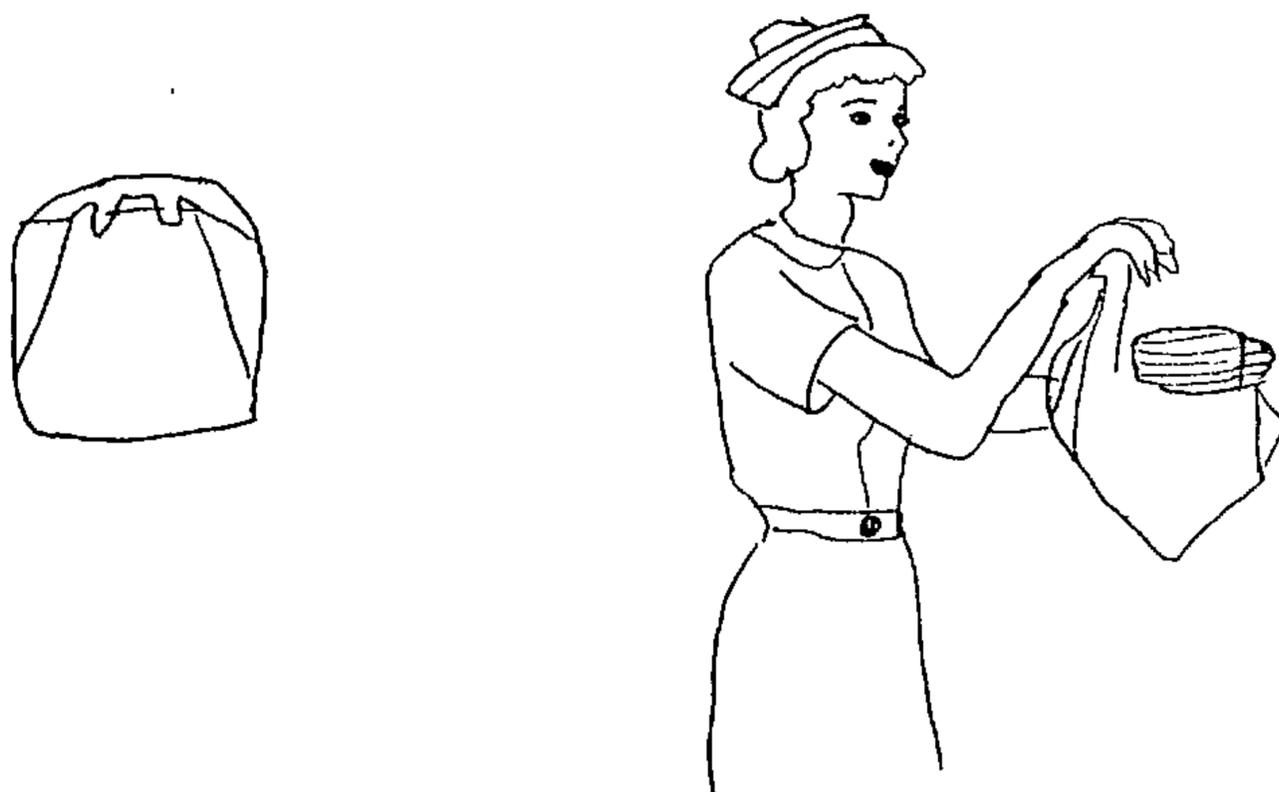


- Para pasar torundas de algodón, saque la torunda con la pinza porta objeto y haga que la otra persona la agarre con otra pinza
- Para sacar gasa vaselinada: emplee dos pinzas, agarrando cada extremo de la gasa con la pinza, trate de no rozar la piel del paciente con las pinzas al colocar la gasa. (Deje caer en el sitio indicado)
- Al usar baja-lengua estéril para sacar medicamentos de un recipiente, utilice pinzas, póngalo dentro del recipiente y retire la cantidad deseada. Si es otra persona quien va recibir el baja-lengua, pásela con la pinza porta objeto.



Cómo abrir paquetes estériles

- Desátelo, luego desdoble parte por parte

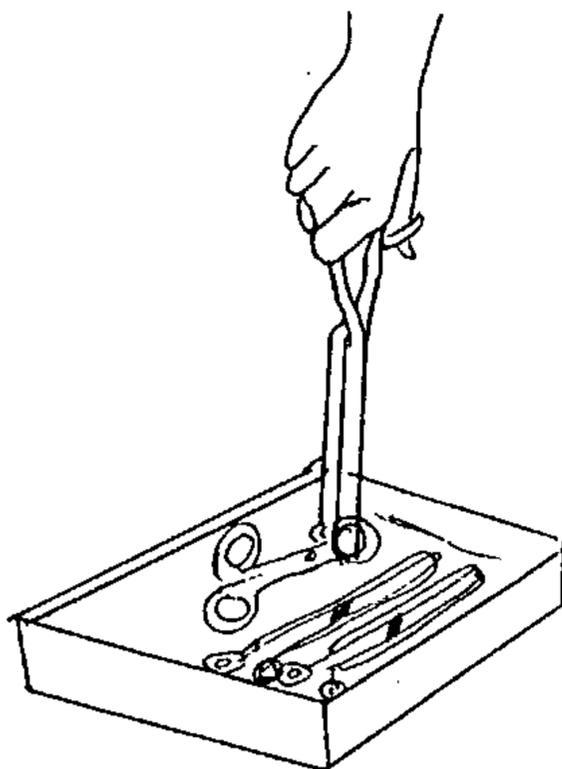


- Para pasar un paquete estéril pequeño a otra persona, tenga el paquete con una mano y ábralo con la otra, alejelo del cuerpo, extienda el último dobléz hacia al lado del cuerpo, haga que la persona tome el artículo estéril, si hay que colocarlo en una bandeja abierta se coje el paquete ya abierto con una pinza estéril y se pone en la bandeja.

- Para poner soluciones estériles en una cubeta, vendajes estériles o heridas evite tocar el exterior del cuello del frasco y el interior de la tapa con la herida o cubeta.

Cómo colocar artículos estériles en una bandeja estéril.

En ocasiones, después que se ha abierto una bandeja estéril, para uso del médico, pueden necesitarse otros artículos estériles. Si la bandeja sigue estéril el enfermero saca con la pinza el artículo deseado de un paquete abierto, y lo pone en la bandeja abierta.



Si se pasa un artículo que ha estado sumergido en solución de desinfectante a una bandeja estéril abierta, éste se pone en una palangana estéril. Si en forma accidental la ropa blanca puesta en una bandeja estéril se moja, esta última se considera como contaminada.

Manera de poner soluciones esterilizadas en una palangana estéril o en vendajes estériles y heridas.

Si el frasco que contiene la solución tiene tapón de rosca o capuchón de papel, no debe tocarse el exterior del cuello del frasco, ni el interior del capuchón, ya que se consideran estériles.

D. CURACIONES

DEFINICION:

Actividad por la cual se limpia y desinfecta una herida

OBJETIVO:

- Promover la cicatrización
- Prevenir contaminación
- Proporcionar comodidad al paciente

PRINCIPIOS:

- La mayoría de las heridas son dolorosas, por lo tanto el paciente siente temor al tratamiento
- La actitud del personal de enfermería durante el procedimiento proporciona seguridad y/o desconfianza al paciente

- La piel inflamada es muy sensible y facilmente irritable por cualquier agente.
- Las heridas abiertas son medios favorables para la proliferación de bacterias.
- El proceso de cicatrización de las heridas se retarda cuando hay infección.

Nota: Relacione principios de anatomía, fisiología, farmacología, física y química.

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Usar técnica aséptica
- El equipo varía de acuerdo a la curación que se ha de realizar
- Si se usa el carro de curaciones éste será limpiado y se proveerá del equipo necesario limpio y/o estéril cada 24 horas.
- Los vendajes o apósitos contaminados nunca se tocan con los dedos desnudos, utilice guantes estériles o pinzas.
- Pida colaboración de otra persona si lo considera necesario
- Limpie siempre del centro hacia afuera, usando material estéril.
- Rasure si es necesario el área donde se fije el esparadrapo
- Mantenga equipo separado para heridas infectadas
- Abra previamente los equipos y deje el material listo si realiza la curación una sola persona

EQUIPO:

- Bandeja con:
 - Pinza porta objeto con solución desinfectante
 - Recipiente con algodón, gasa y apósitos estériles
 - Frasco con solución salina, agua estéril y solución desinfectante
 - Baja lengua (si es necesario)
 - Recipiente con instrumental estéril necesario tales como:
 - Pinzas
 - Tijeras
 - Recipiente o bolsa para instrumental contaminado
 - Esparadrapo y tijeras
 - Bolsa para desperdicio
 - Medicamentos especiales

PROCEDIMIENTOS:

- Lleve el carro de curaciones y la bandeja al paciente
- Coloque al paciente en posición cómoda y conveniente para realizar la curación con facilidad
- Coloque la bolsa de papel o recipiente para los recipientes sucios o contaminados, en un sitio lejos de la herida
- Quite los vendajes o apósitos de la herida y échelas en la bolsa de desperdicio.

- Con una torunda empapada en solución salina o solución desinfectante montada en una pinza estéril, limpie la herida.
- Limpie la herida desde la parte superior, utilizando cada vez una torunda humedecida.
- Limpie la zona circundante desde el borde de la herida, hacia la periferia.
- Cambie la torunda y aplique el medicamento (si es necesario)
- Coloque gasa o apósito según sea necesario.
- Deseche la pinza
- Ponga el esparadrapo doblando un poco los extremos
- Haga anotaciones de Enfermería así: fecha, hora, condición de la herida, reacción del paciente.

Cuando ayude al médico en la curación, proceda de la siguiente forma:

- Alcance el material estéril con la pinza porta-objeto.
- Coloque la pinza en su lugar respectivo cuando no esté usándola.
- Esté atenta a pasarle el material necesario

NOTA: En caso de heridas infectadas, debe curarse utilizando guantes.

E. ADMINSTRACION DE MEDICAMENTOS

INSTRUCCIONES GENERALES:

Para evitar errores en la administración de medicina y para

proteger al paciente de los efectos lesivos de un error en la medicación, el personal de enfermería, aprenderá y pondrá en práctica las siguientes reglas.

Recuerde siempre las reglas de las "cinco observaciones correctas" para administrar cada medicamento:

- Paciente correcto
- Medicina correcta
- Dosis correcta
- Forma correcta
- Hora correcta
- Consulte siempre a la Enfermera Jefe o a su superior inmediato si una orden no está clara, legible o firmada por el médico.
- Asegúrese que el equipo a usar esté completo
- Cuando administre píldoras o tabletas, colóquelas primeramente en la tapa del frasco original, luego en el envase del paciente, no las toque con las manos.
- Averigüe si la medicación tiene que retrasarse por tiempo de terminado como cuando se va a hacer un examen con Rayos X o metabolismo basal
- No envuelva a los envases originales las medicinas no usadas o rechazadas por el paciente.
- Nunca administre un medicamento cuyo color, olor o consistencia se haya alterado.

- Proporcione tubos o pitillos para beber medicamentos irritantes o que pueda manchar los dientes.
- No pase los medicamentos de un envase original a otros sin haberlos rotulados previamente.
- Cuando se ordene má de un medicamento de diferentes acciones farmacológicas es necesario conocer previamente la acción de éstos, para saber si se pueden administrar juntos.
- Conozca la dosis mínima y máxima del medicamento que está administrando y su vía de elección.
- No permita que un paciente le lleve medicinas a otro.
- Un error imprevisto en la medicación ha de informarse de inmediato a el enfermero jefe o a su superior y hacer la anotación del caso.
- Constate siempre el nombre del paciente con la tarjeta de medicina antes de administrarla.
- Use métodos para hacer la medicina agradable al paladar. Ejemplo: gotas amargas dar en agua azucarada.
- No administre ni anote medicinas que usted no haya medido y servido.
- Si la medicina es rechazada, o no puede administrarse, notifíquelo a la Enfermera Jefe o a su superior inmediato y haga las anotaciones correspondientes.
- Cerciórese de que el paciente haya tomado o recibido su medicina.
- Nunca deje el Botiquón abierto ni en desorden
- El Botiquín es solamente para guardar medicinas



- Prepare medicinas orales media hora antes de administrarla.

INSTRUCCIONES PARA MEDIR LAS MEDICINAS

- Mida la cantidad exacta de medicamentos prescritos, empleando un medidor graduado
- Procure no hablar con nadie mientras prepara los medicamentos.
- Limpie la boca del frasco después de cada uso y antes de colocarlo en su sitio.
- Mida en gotas si las medicinas se prescriben así.
- Coloque el vaso medidor a la altura de los ojos, ponga la uña del pulgar en la mano que lo sujete, al nivel donde deba llegar la medicina.

INSTRUCCIONES PARA LOS MARBETES O ROTULOS

- Administre solo medicamentos de frascos que estén rotulados con claridad
- Cada vez que prepare una dosis de medicamentos, lea la etiqueta tres veces así: antes de sacar el frasco del Botiquín, antes de servir la medicina y antes de volver a colocar el frasco en su sitio.
- Sirva la medicina por el lado opuesto a la etiqueta.
- Si un medicamento se llama de dos maneras, ambos nombres deben aparecer en la etiqueta

INSTRUCCIONES PARA ANOTAR LAS MEDICINAS ADMINISTRADAS

- Anote la hora, clase, dosis y vía o reacción del medicamento administrado en la hoja correspondiente
- Anote cada dosis inmediatamente después de haberla administrado.
- Anote solamente las medicinas que haya administrado usted
- Emplee las abreviaturas establecidas para anotar las medicinas.
- Si una medicación ha sido rechazada, no ha podido suministrar se o se ha reemplazado, clarifíquelo en las notas de Enfermería.

1. ADMINISTRACION DE MEDICINAS POR VIA ORAL.

DEFINICION:

Actividad por la cual se administran medicamentos por la boca.

OBJETIVOS:

- Para fines diagnósticos
- Para lograr efectos terapéuticos, locales o generales

PRINCIPIOS:

- Las papilas gustativas y terminaciones nerviosas del sentido

del gusto son más numerosas en la parte anterior posterior y lateral de la lengua.

- La nerviosidad excesiva del paciente puede retrasar la absorción del medicamento.
- La esterilización y desinfección previene los procesos infecciosos.
- La dilución de un medicamento favorece su absorción
- La presentación, olor, color y sabor de un medicamento influye en el paciente para su aceptación o rechazo
- Las sustancias ferrosas destruyen y manchan el esmalte de los dientes

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Asegúrese si la medicina debe administrarse antes o después de comida
- Tenga en cuenta la posición que se le facilite al paciente para tomar la medicina
- Disuelva o pulverice las píldoras o tabletas cuando la deglución sea difícil
- Saque la tarjeta del medicamento, confronte con el kárdex la orden médica y la hoja de control de medicamentos antes de la preparación de la medicina y colóquelo en la bandeja
- Prepare la medicina de acuerdo a la tarjeta
- Tome antes la tensión arterial si va a administrar un antihipertensivo.

EQUIPO:

Bandeja con:

- Tarjeta
- Vasito con las medicinas
- Jarro con agua
- Pitillo, agitadores, cuchara o cucharita si es necesario
- Mortero - Servilletas

PROCEDIMIENTO:

- Llame al paciente por su nombre y confróntelo con el de la tarjeta
- Si está contraindicado sentar al paciente, ayúdelo a levantar la cabeza
- Haga que el paciente trague la medicina, si son comprimidos, ayúdelo a que se la coloque en la parte posterior de la lengua, dele agua para que la deglute.
- Haga anotaciones en la hoja de Enfermería, así:
Fecha, hora, nombre del medicamento, dosis y vía de administración

2. ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VIA PARENTERAL

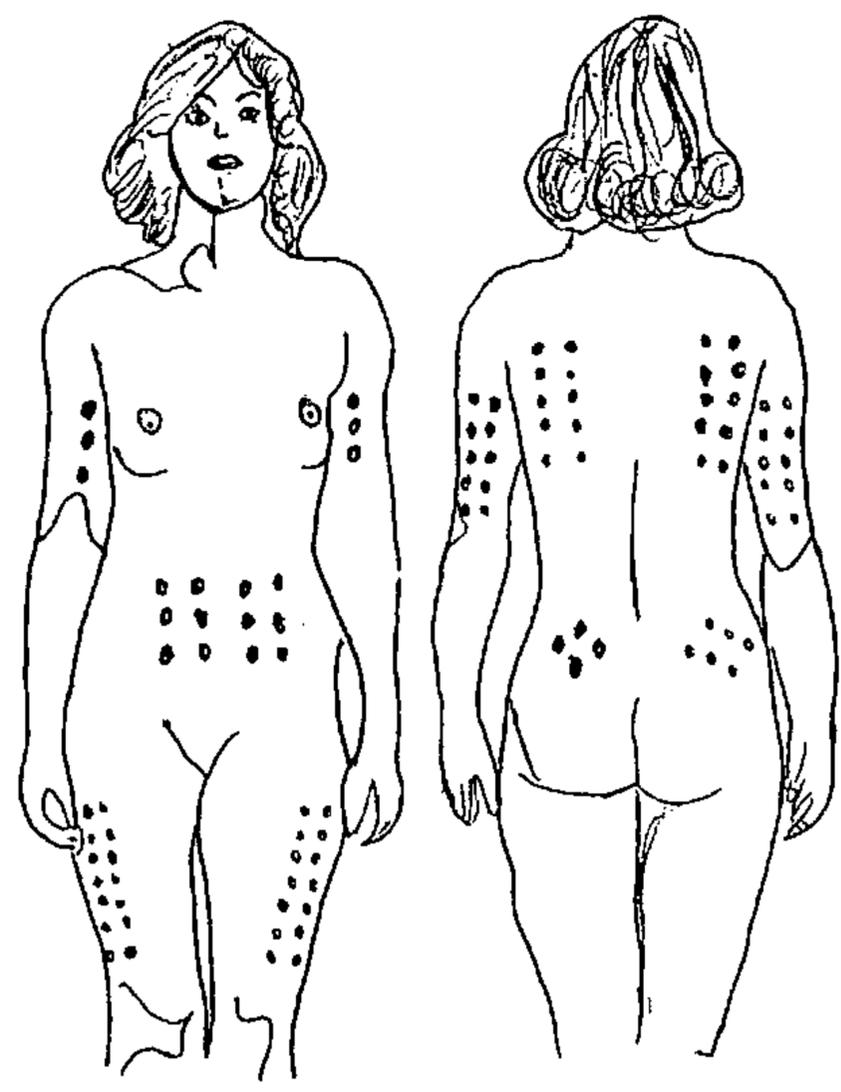
Es la administración del medicamento con una aguja hipodérmica, las formas comunes de tratamiento parenteral son: la inyección

intramuscular, intradérmica, subcutánea e intravenosa.

Las menos comunes son: Intracardiácas, intratecales, intraarticulares e intraósea.

El tratamiento parenteral requiere el empleo de equipo estéril y sustancias externas, fácilmente solubles, en general los medicamentos que se administran por vía parenteral se absorben con rapidez hacia la circulación

SITIOS PARA INYECCION SUBCUTANEA



Se administra en el tejido celular subcutáneo.

Tiene la ventaja que la absorción es casi completa, siempre que sea buena la circulación del paciente por tanto es posible calcular con precisión la cantidad de medicamento que se absorbe.

Las medicinas administradas por esta vía no se afectan por alteraciones gástricas (pero la medicina puede causar trastornos gastrointestinales).

Tiene la desventaja de que rompe una de las barreras corporales a la infección.

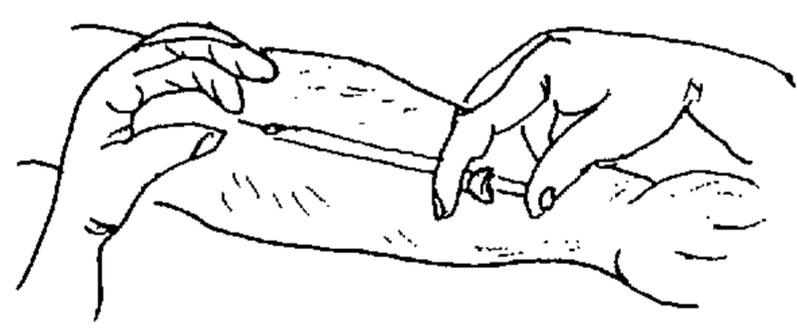
Los tejidos subcutáneos: Están por debajo de la piel y tiene menos receptores del dolor que la propia piel, por tanto la inyección es relativamente indolora.

Se sugieren zonas de la parte superior del brazo, la cara anterior y lateral del muslo y la zona ventro-abdominal inferior.

La piel y tejidos subcutáneos deben estar sanos libres de irritación y sin signos de inflamación.

La aguja para la inyección subcutánea suele ser de calibre 24, 25 ó 26. La longitud que se necesita varía entre uno y 2.5 cms. según la obesidad y el estado de hidratación del paciente.

INYECCION INTRADERMICA



En la inyección de una cantidad pequeña de líquido en la capa dérmica de la piel, con frecuencia se ejecuta como medida diagnóstica, ejemplo: la prueba de tuberculina.

Zonas comunes: Cara anterior del antebrazo y la región subescapular. Generalmente se utiliza una jeringa de un milímetro con calibre 26 y 1 cm. de largo, la aguja se introduce en ángulo de 15 grados con el bisel hacia arriba y se inyecta el líquido para que se forme una pequeña elevación justamente por debajo de la superficie cutánea.

INYECCION INTRAMUSCULAR:

Los medicamentos que irritan el tejido subcutáneo suelen administrarse por esta vía, además puede administrarse mayor cantidad de líquidos que en el tejido subcutáneo y su absorción es más rápida debido a la vascularización del músculo, sin embargo, es mayor el peligro de lesionar nervios o vasos sanguíneos.

La selección de la zona para una inyección intramuscular depende de variar factores

Talla del paciente, cantidad de tejido muscular, en que es posible poner la inyección, proximidad de nervios y vasos sanguíneos, estado de la piel al rededor de esta zona, naturaleza del fármaco que se va a administrar.

Los sitios adecuados para esta inyección son: Los glúteos, los
músclos y los brazos, en los músculos glúteos se usan dos (2) si-
tios:

Dorsogluteal:

Puede localizarse dividiendo el glúteo en cuadrantes; la cresta
iliáca y el pliegue inferior del glúteo sirven de referencia pa-
ra describirle, la inyección es puesta en el cuadrante superior
externo, cinco a siete centímetros debajo de la cresta iliaca.
Usando esta zona, se evitan los grandes vasos sanguíneos y el
nervio ciático.

Inyección intramuscular



Sitio Ventrogluteal:

Para localizar la zona, el enfermero acostará al paciente de espaldas o de lado, coloca su mano sobre la cadera del paciente con su dedo índice, sobre la espina ilíaca anterosuperior, es tirando dorsalmente su dedo medio, palpa la cresta del ilcón y oprime debajo de ella. El sitio de inyección es el triángulo formado por su dedo índice, medio y cresta ilíaca, en esta zona no hay grandes nervios ni vasos sanguíneos y hay menos tejidos adiposos que en los glúteos. Si los músculos glúteos del paciente están tensos pueden flexionar su rodilla para relajarlos y poder aplicar la inyección.

Músculos Vastos Laterales:

Sitio de la inyección aproximadamente 10 cms. arriba de la rodilla y 10 cms. abajo de la articulación de la cadera.

Deltoides:

Es un músculo más pequeño que el glúteo, por tanto no puede recibir un volumen grande de medicamentos, el peligro principal es la lesión del nervio radial.

INYECCION ENDOVENOSA:

Es la inyección de un medicamento al torrente circulatorio a

través de una vena.

Ventajas:

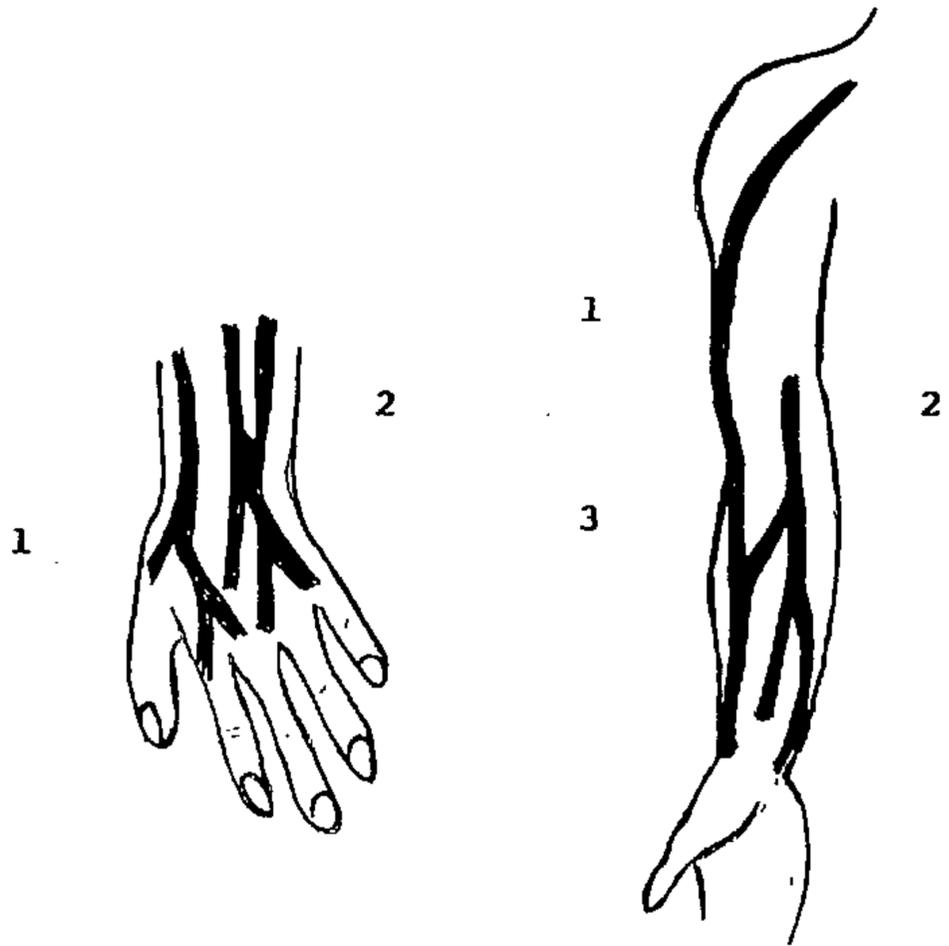
La inyección endovenosa de una droga en solución acuosa evita los factores que participan en la absorción; obteniéndose la **concentración deseada de la droga en la sangre con exactitud y rapidez**, imposible de conseguir con cualquier otro procedimiento. **Además ciertas soluciones irritantes solo pueden administrarse en esta forma, pues, las paredes de los vasos sanguíneos son relativamente insensibles y la droga, si se inyecta lentamente, se diluye mucho en sangre.**

Desventajas:

Rápidamente la droga puede alcanzar altas concentraciones en plasma y tejidos produciendo reacciones desfavorables. Una vez inyectada la droga no hay forma de detenerla.

Las inyecciones endovenosas repetidas dependen de la posibilidad de mantener una vena expedita. **Las drogas administradas en solución oleosa o las que precipitan los componentes sanguíneos o hemolizan eritrocitos no deben darse por esta vía.** La inyección endovenosa debe realizarse lentamente y con supervisión constante de las respuestas del paciente.

SITIOS PARA INYECCION ENDOVENOSA



INSTALACION DE VENOCLISIS:

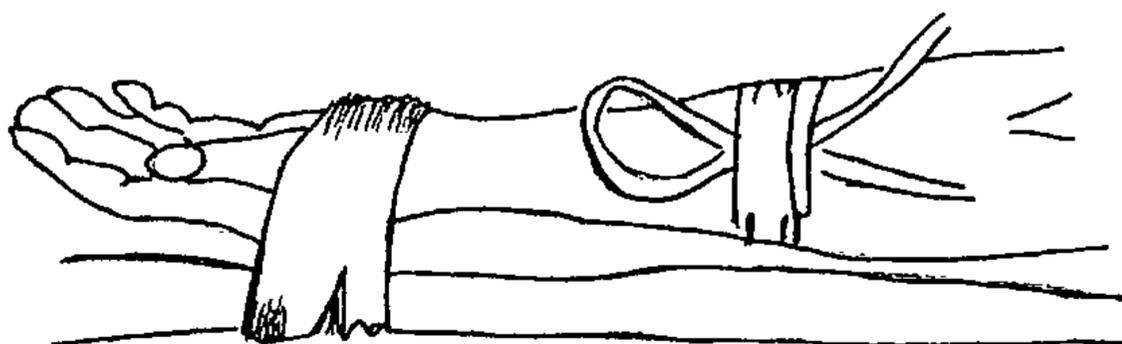
La infusión de líquidos directamente en una vena periférica es tá indicada cuando el paciente no puede tomar líquidos por vía bucal.

La infusión permite al paciente que obtenga mucho líquido, electrolitos y sustancias nutritivas que le son necesarias para vivir. Además, este método tiene la ventaja de su rápida absorción, que es particularmente importante al administrar ciertos medicamentos.

Para hacer infusiones existen muchos tipos de líquidos intrave

nosos. El médico decide el tipo de líquidos que el paciente necesita.

La elección del sitio para hacer la infusión intravenosa depende de diversos factores. Deben tomarse en cuenta el estado de las venas del paciente, lo mismo que su comodidad. Con frecuencia se utilizan las venas Cefálica y Basílica del antebrazo. Estos sitios requieren que el paciente extienda el brazo, lo que puede ser incómodo después de un período prolongado. Sin embargo, si estas venas se extienden por el eje del radio y el cúbito los huesos proporcionan una férula natural y no se hace necesaria la extensión del codo.



Fijación de la aguja intravenosa y tubo al antebrazo del paciente.

Antes de iniciar una infusión intravenosa se conecta el tubo de administración al frasco que contiene el líquido. Se toman precauciones de esterilidad durante el procedimiento para proteger al paciente de infección. Si se van a administrar líquidos intravenosos por tiempo prolongado debe usarse un tubo de polietileno.

leno (catéter), en lugar de aguja, para hacer la instalación; el tubo se introduce en la aguja que se retira cuando el tubo ha sido insertado en la vena.

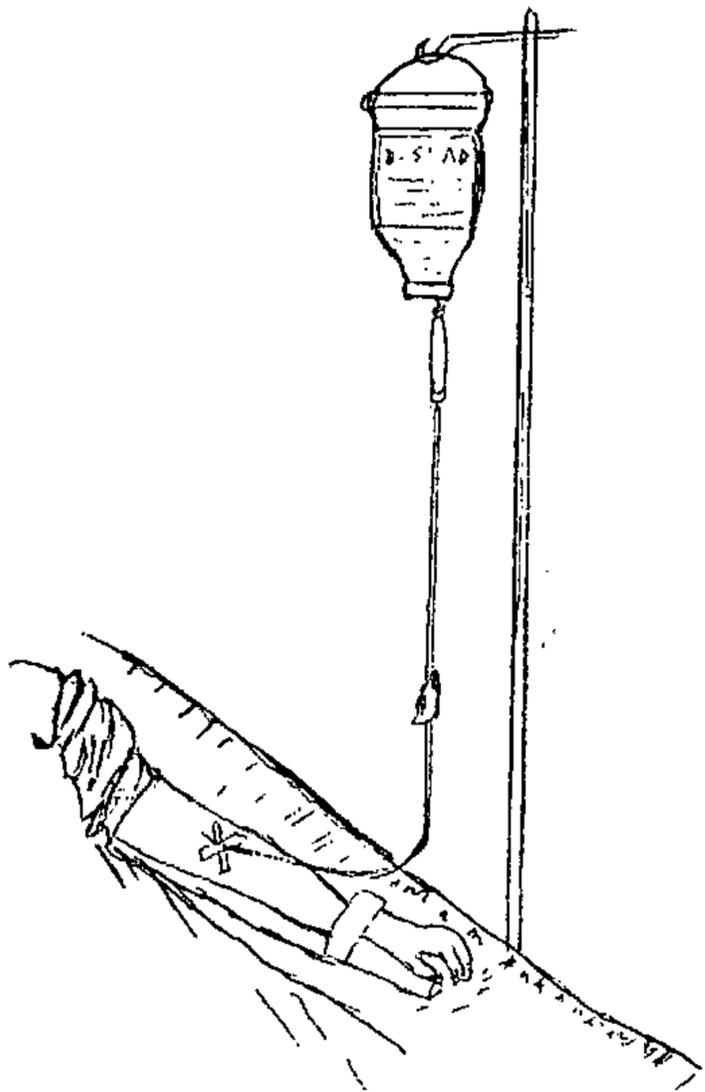
A menudo sucede con los niños, y a veces con los adultos, que sus venas superficiales son inaccesibles o inadecuadas para la instalación, y es necesario hacer una pequeña incisión a fin de localizar un sitio apropiado para la inserción de la aguja (veno disección). Esta técnica no es efectuada por el enfermero, aún cuando debe tener el equipo listo y ayudar al médico en lo que se necesite.

Puede ser necesario variar la altura del envase de líquido según la presión con que desee que entre líquido en la vena. Cuando más alto el frasco, más fuerza hará la gravedad en el líquido, y mayor la presión que ejerza. Con frecuencia es responsabilidad de el enfermero ajustar la velocidad de flujo de la solución intravenosa. Durante el goteo intravenoso, se vigila la aparición de cualquier efecto indeseable en el paciente. De manera específica, el enfermero debe vigilar el sitio de la aguja o catéter intravenoso en busca de tumefacción, enrojecimiento y dolor. Estas reacciones indican quizá que la aguja ha salido de la vena del paciente, y que el líquido se está infiltrando por los tejidos circundantes. También se vigila la aparición de signos de sobrehidratación o sobrecarga cardíaca. Si el pulso se hace más rápido, aumenta la presión arterial o aparece dis

nea, que puede indicar sobrecarga cardíaca, y en consecuencia, se indican al médico de inmediato.

Si la solución intravenosa pasa hacia los espacios intersticiales, la infusión debe iniciarse de nuevo con otra aguja estéril. El Enfermero puede saber si la infusión ha ido alrededor del sitio de inyección cuando se infiltra el líquido en los tejidos subcutáneos.

Otro problema es la aparición de burbujas en el tubo. Cuando esto ocurre debe desconectarse el tubo en su unión con la aguja y dejar que el líquido corra por el tubo hasta que las burbujas sean expulsadas.



INFUSION INTRAVENOSA

2. ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR VIA PARENTERAL.

DEFINICION:

Actividad por la cual se suministra un medicamento a través de la piel y mucosa por medio de una aguja hipodérmica.

VIAS DE ADMINISTRACION:

Intradérmica: Es la inyección de una cantidad pequeña de líquidos en la capa dérmica de la piel.

Subcutánea: Es la inyección que se aplica debajo de la piel, en el tejido celular subcutáneo.

Intramuscular: Es la inyección que se aplica en el músculo a través de la piel y tejido celular subcutáneo.

Endovenosa: Es la inyección del medicamento al torrente circulatorio a través de una vena.

OBJETIVOS:

- Obtener un efecto más rápido del medicamento.
- Aplicar medicamentos en casos en que no sea prudente administrarla por vía oral.

- Evitar que el medicamento sea destruido por los jugos gástricos.

PRINCIPIOS:

- La corriente sanguínea es la vía de difusión más rápida.
- Los tejidos de la piel y de los músculos tienen mayor inervación o irrigación que el tejido celular subcutáneo.
- La administración por vía parenteral es un proceso estéril.
- El grado de sensibilidad varía en cada individuo.
- Los procesos de absorción y eliminación determinan el grado de acumulación de una sustancia.
- La eliminación de los medicamentos se realiza mediante los procesos de excreción y biotransformación.
- La habilidad y técnica en la ejecución del procedimiento da seguridad al paciente.

INSTRUCCIONES GENERALES :

(Ver instrucciones de administración de medicinas por vía oral)

- Use equipo y material estéril
- Use sierra para partir las ampolletas
- Use agujas rectas y destapadas

- No empape demasiado la torunda de algodón con el alcohol.
- Use una aguja recta para sacar las soluciones de los envases con tapa gruesa.
- Elija la aguja de acuerdo con el tipo de inyección.
- Adminístrese la droga inmediatamente después de prepararla.
- Alternar los sitios de inyección, si hay sitios inflamados o endurecidos, no la aplique.
- Desinfecte el área elegida del centro a la periferia.
- aspire antes de introducir el líquido en inyecciones intramusculares o subcutáneas para cerciorarse de que no ha cogido ningún vaso sanguíneo.
- No haga masajes en inyecciones intradérmicas.
- Pregunte a su jefe inmediato o el médico, cualquier duda que encuentre al preparar la droga.
- Prepare la solución medicamentosa en la sala de tratamiento.
- No coloque las torundas con alcohol al lado o sobre la aguja

de inyectar.

EQUIPO:

Bandeja con :

- Tarjeta de medicina
- Jeringa de 1 a 10 cm, (según el caso)
- Agujas de 18 a 26
- Torundas de algodón con alcohol
- Sierra
- Ampolla o frasco de inyección
- Bolsa de desperdicio

PROCEDIMIENTO:

- Explique al paciente lo que va a hacer y pida su colaboración.
- Coloque sobre la bandeja el recipiente del algodón humedecido con alcohol.
- Abra el paquete o recipiente que contiene la jeringa y la aguja.
- Tome con una mano el cilindro de la jeringa, con la otra el émbolo por la cabeza y empátelo al cilindro.

- Empate la aguja a la jeringa con que va a extraer el líquido de un frasco con tapón de caucho.
- Introduzca una cantidad de aire igual a la cantidad de líquido que va a extraer.
- Cambie la aguja por la elegida para inyectar al paciente.
- Si se trata de ampolletas, limpie y proteja el cuello con un algodón. Lime con la sierra y abra la ampolleta.
- Tome la ampolleta entre los dedos índice y medio; introduzca la aguja sostenga la jeringa con los dedos pulgar y anular, con la otra mano hale el émbolo para aspirar el líquido.
- Coloque la jeringa en la bandeja, cubra la aguja con el protector o con la misma ampolleta.
- Coloque al paciente en posición cómoda teniendo en cuenta el lugar de la inyección.
- Descubra y desinfecte el área elegida que puede ser: la cara superior externa del brazo (deltoide), en la cara anterior del muslo, en el cuadrante superior externo del glúteo, o en la cara anterior del antebrazo.



- Sostenga la piel tensa y en un movimiento rápido introduzca la aguja en posición perpendicular formando un ángulo de 90 grados para **Inyecciones Intramusculares**. Aspire para cerciorarse de que la aguja no ha perforado ningún vaso sanguíneo e inyecte la solución con lentitud en el tejido muscular; con un movimiento rápido retire la aguja y haga masaje circular con el algodón desinfectando si no está contraindicado.

- **En Inyecciones Subcutáneas:** Introduzca la aguja en dirección formando un ángulo de 45 grados aproximadamente, aspire e inyecte el líquido, retire la aguja friccionando un poco con la torunda de algodón.

- **En Inyecciones Intradérmica:** Introduzca la aguja en dirección horizontal formando un ángulo aproximado de 15 grados, con el bisel hacia arriba, inyecte un líquido de modo que la piel tome aspecto de cáscara de naranja. Retire la aguja y no haga masajes, (si es prueba de sensibilidad espere reacción en 20 minutos), se lee por el eritema no por la endurecimiento.

- Haga anotaciones en la hoja de enfermería así: fecha, hora, nombre del medicamento, dosis, vía de administración.

INYECCIONES ENDOVENOSAS

PRINCIPIOS:

- Las soluciones muy ácidas, muy alcalinas o de sales de metales pesados, precipitan las proteínas y producen embolias.
- La administración rápida y en grandes cantidades de soluciones aumenta la frecuencia cardíaca y la presión sanguínea.

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Introduzca la aguja en dirección horizontal formando un ángulo de 15 grados.
- Cuando comience a inyectar el medicamento aspire suavemente para comprobar que la aguja está en la vena.
- Quite el torniquete con suavidad.
- Evite que el torniquete dure aplicado mucho tiempo.
- Observe la reacción del paciente
- Evite derramar el medicamento fuera de la vena
- No haga masajes después de aplicado el medicamento

EQUIPO:

Bandeja con :

- Jeringas 5 - 10 cc., según el caso.
- Agujas hipodérmicas # 18 - 20, según el caso.
- Torundas de algodón humedecido en alcohol
- Tarjetas para medicinas
- Sierra para las ampolletas
- Frasco o ampolletas con la droga
- Torniquete
- Protector (hule pequeño)

PROCEDIMIENTO:

- Coloque al paciente en posición cómoda y seleccione la vena.
- Aplique el torniquete cuatro dedos encima del sitio de la punción.

- Limpie el área del centro a la periferia con el algodón húmedo en alcohol.

- Estire la piel hacia abajo, introduzca la aguja con el bisel hacia arriba.

- Aspire y cerciórese de que está dentro de la vena.

- Suelte el torniquete

- Inyecte el medicamento lentamente

- Retire la aguja con movimientos rápidos

- Haga ligera presión con la torunda de algodón sobre el área de la punción.

- Haga anotaciones de enfermería en la hoja, dosis y reacciones del paciente.

141

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

FACULTAD DE ENFERMERIA

IX. FORMATO PARA RETIRAR ELEMENTOS DE LABORATORIO

NOMBRE: (Persona que retira) _____

_____ CARGO : _____

NOMBRE (Elementos) _____

NOMBRE (Persona que entrega) _____

FECHA DE RETIRO: _____

Vo. Bo.

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
Facultad de Enfermería
1993

X. INVENTARIO

Materno Infantil

NUMERO	NOMBRE VITRINA # 1 y # 2	CANTIDAD	OBSERVACIONES
1	Corte de Pelvis de hombre no separables con cavidad esponjosa, con ducto seminal, vejiga conducto urinario.	1	Completo en buen estado
2	Pelvis Femenina	1	Completo - buen estado
3	Proceso de Parto: Niño en el útero con orificio abierto salida de la cabeza. Figura de la placenta	1	Completo y en buen estado.
4.	Maniquí de genitales externos femeninos, con mangueras en región abdominal.	1	Completo y en regular estado.
5	Corte de pelvis en yeso	1	Completo y buen estado.
6	Corte de Utero con Dispositivo intra-Uterino	1	Completo y en buen estado-
7	Pesa bebe marca Detecto capacidad 16 kilos	1	Completo y en buen estado.
8	Básculas - Pañal de Encubadora	4	Regular estado.
9	Tensiometro Pediatrico marca Focal	1	Completo y en buen estado.

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
Facultad de Enfermería
1993

Materno Infantil

NUMERO	NOMBRE VITRINA # 1 y 2	CANTIDAD	OBSERVACIONES
10	Fonendoscopio	1	Buen estado
11	Bandeja niquelada con su tapa	1	Buen estado
12	Especulo	1	Buen estado
13	Pinzas de Foster	3	Buen estado y Completos.

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
Facultad de Enfermería
1993

Enfermería Básica

NUMERO	NOMBRE VITRINA # 1 y 2	CANTIDAD	OBSERVACIONES
1	Maniquí con glúteos para inyectología plástico.	1	Buen estado
2	Brazo de caucho para prácticas I.V.	1	Buen estado
3	Maniquí plástico genitales externos.	1	Buen estado
4	Aparato digestivo en yeso	1	Buen estado
5	Torso modelo con cabeza - tamaño natural y desmontable.	1	Buen estado
6	Porta historias	3	Buen estado
7	Fonendoscopios	2	Buen estado
8	Lámparas cuello de cisne	2	Buen estado

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
Facultad de Enfermería
1993

Médico Quirúrgica

NUMERO	NOMBRE VITRINA # 5	CANTIDAD	OBSERVACIONES
1	Sistema Renal	1	Completo
2	Balanza adultos	1	Completo
3	Maniquí plástico para práctica de colostomía	1	Completo
4	Corte transversal de la médula espinal	1	Completo
5	Termómetros rectales	3	Completo
6	Mecheros de Acero Inoxidable	3	Completo
7	Pabellón auricular con oído medio e interno	1	Regular estado

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
Facultad de Enfermería
1993

Clinica Avanzada

NUMERO	NOMBRE VITRINA # 6 y 7	CANTIDAD	OBSERVACIONES
1	Corazón	1	Buen estado
2	Faringe con laringe y lengua	1	Buen estado
3	Globo ocular	1	Regular estado.
4	Sistema Urinario Adulto	1	Buen estado
5	Amba con mascarilla	1	Buen estado

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
Facultad de Enfermería
1993

General

NUMERO	NOMBRE VITRINA # 6 y # 7	CANTIDAD	OBSERVACIONES
1	Bandeja con tapa niquelada	1	Buen estado
2	Bandeja con tapa esmaltada	1	Buen estado
3	Tachos niquelados con tapa	3	Completo y en Buen estado.
4	Tachos esmaltados con tapa	4	Completo y en buen estado.
5	Bandejas esmaltadas	5	Completo y en buen estado.
6	Bandejas esmaltadas mediana con tapas.	3	Completo y en buen estado.
7	Pinzas porta objeto	6	Completo y en buen estado
8	Box de Enema	4	Completo y en buen estado
9	Rifioneras niqueladas	1	Completo y en buen estado.
10	Rifioneras esmaltadas	2	Completo y en buen estado.
11	Poncheras plásticas	3	Completo y en buen estado.
12	Balde plástico	1	Completo y en buen estado
13	Jeringa de vidrio	1	Completo y en buen estado

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
Facultad de Enfermería
1993

General

NUMERO	NOMBRE VITRINA # 9	CANTIDAD	OBSERVACIONES
14	Ponchera plástica amarilla	1	Buen estado
15	Vasos plásticos	5	Buen estado
16	Jabonera plástica	1	Buen estado
17	Hule	1	Buen estado
18	Sábanas grandes	9	Buen estado
19	Sábanas pequeñas	1	Buen estado
20	Fundas	5	Buen estado
21	Almohadas	2	Buen estado
 SALON :			
1°.	Camas con colchón de espuma de 1 mt. x 190, pullman.	2	Una en Buen estado. Una Regular
2°.	Cuna de Pediatría con colchón algodón	1	Buen estado
3°.	Mesones de Laboratorio	2	Regular estado.

ESTANTE DE ENFERMERIA BASICA

CONTENIDO DE ESTE ESTANTE :

1. Inmovilizador de Madera
2. Protectores pequeños de hule
3. Buretrol
4. Equipo de Nacrogoteo
5. Cateter Uretral
6. Nutrifló
7. Miniset
8. Cystofló

150

9. Enemas

10. Guantes

BIBLIOGRAFIA

DE BLANCO, Judith. DE CUESTA, Celmira y Otros. Módulos de Autoinstrucción. Universidad de Cartagena. Facultad de Enfermería 1990.

DUGAS, Beverly Witter. Tratado de Enfermería Práctica. 4a. Edición. Interamericana México 1987.

HAMILTON, Helen Kusek. BOWEN Rose Minnie. Procedimientos de Enfermería. 1a. Edición en Español. Interamericana 1986.

KUKUK, Helen M. Manual de Procedimientos de Enfermería. Salvat Editores. México 1984.

NORDMARK, Madelyn. ROHWEDER Anne. Bases Científicas de la Enfermería 2a. Edición. La Prensa Médica Mexicana 1979.