

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA**



***Manual de Procedimientos
de Enfermería***

PARAGUAY

2008

Editado 2025

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

Autoridades:

Dr. Oscar Martínez Doldán

Ministro

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Dr. Antonio Carlos Barrios

Vice Ministro de Salud

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Dr. Carlos Maria Romero

Director General

Dirección General de Desarrollo de Servicios de Salud

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Lic. Blanca Zunilda Mancuello Barrios

Directora Nacional de Enfermería

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA**

DIRECCIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA

SEGUNDA REVISIÓN Y ADECUACIÓN DE LAS NORMAS

NOMBRE Y APELLIDOS	INSTITUCIÓN
• LIC. BLANCA Z. MANCUELLO BARRIOS, DIRECTORA	DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
• LIC. LEONARDA BEATRIZ GONZÁLEZ MÉNDEZ, JEFE	DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
• LIC. NORMA ALCARAZ DE LARRAÍN, JEFE	DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
• LIC. MARIA ESTHER ARMOA , JEFE	DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
• LIC. SANDRA RAQUEL BENITEZ, JEFE	DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
• LIC. MARIA GREGORIA VIVEROS DE CARDOZO, JEFE	DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
• LIC. HORTENCIA OZUNA ROMAÑACH, JEFE	DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
• LIC. MARIA CATALINA ROA MARTINEZ (+)	DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

APOYO DE SECRETARÍA

SRA. ELSA B. CHAPARRO DE PATIÑO DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

COLABORACIÓN:

- | | |
|---------------------------|------------------------|
| • LIC. CLOTILDE VALINOTTI | SINAIS |
| • LIC. RAQUEL MENDEZ | DPTO. DE PLANIFICACIÓN |

Índice

Contenidos	Páginas
<i>Introducción</i>	6
Primera Parte	
Modelo de Atención de Enfermería	8
<i>Proceso de Atención de Enfermería</i>	9/10
Segunda Parte	
<i>Los 10 Principios de las Actividades de Salud Comunitaria</i>	12
<i>Actividades de Enfermería más comunes en Salud Pública</i>	13
<i>Procedimientos técnicos de Enfermería en Salud Pública:</i>	
<i>Diagnóstico de Salud – Enfermedad</i> 14	
<i>Elaboración de Croquis</i>	17
<i>Organización Comunitaria</i>	19
<i>Elaboración de Plan</i>	21
<i>Visita domiciliaria</i>	23
<i>Entrevista</i>	25
<i>Planeamiento de actividades educativas</i>	26
<i>Participación comunitaria</i>	28
<i>Responsabilidad de la Enfermera que trabaja en epidemiología</i>	30
<i>Saneamiento ambiental</i>	34
Tercera Parte	
I. Consideraciones generales para todas las actividades de Enfermería:	
◆ <i>Grado de dependencia del usuario</i>	40
II. Actividades propias del personal de enfermería relacionadas con las necesidades universales en el escenario hospitalario	40
Procedimientos técnicos de Enfermería	
◆ <i>Principios generales en la Práctica de Enfermería</i>	41
◆ <i>Recepción del usuario</i>	43
◆ <i>Valoración de signos vitales</i>	44
◆ <i>Valoración de la temperatura</i>	45
◆ <i>Valoración de la temperatura bucal</i>	48
◆ <i>Valoración de la temperatura axilar</i>	49
◆ <i>Valoración de la temperatura rectal</i>	51
◆ <i>Valoración de pulso</i>	52
◆ <i>Valoración de la tensión arterial</i>	54
◆ <i>Valoración de la respiración</i>	58
◆ <i>Controles antropométricos (peso y talla)</i>	61
◆ <i>Posiciones terapéuticas</i>	65
III. Actividades en Enfermería en el examen físico	71
◆ <i>Examen de cara y cuero cabelludo</i>	72
◆ <i>Examen de la cavidad bucal</i>	73
IV. Actividades básicas de Enfermería relacionadas con la seguridad y comodidad del usuario.	
◆ <i>Lavado de manos</i>	75

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA**

◆ Calzado de guante estéril.....	77
◆ Preparación y ayuda en curaciones.....	78
◆ Cuidados para Prevenir ulcera por presión (decúbito).....	80
◆ Aseo y arreglo de la unidad.....	82
◆ Aseo diario de la unidad.....	82
◆ Aseo terminal de la unidad.....	83
◆ Arreglo de cama.....	84
◆ Higiene personal del usuario.....	87
◆ Mecánica corporal y Traslado del usuario.....	92
◆ Masajes.....	97
◆ Ejercicios.....	99
◆ Medidas para aumentar la eficacia ventilatoria.....	101
◆ Administración de medicamentos y aplicación de algunos tratamientos	106
◆ Administración de oxígeno.....	123
◆ Tratamientos por medios físicos.....	127
◆ Cuidados de Enfermería en el proceso de la transfusión sanguínea.....	131
◆ Cuidados de la sonda Nasogástrica.....	133
◆ Preparación del usuario y equipos para la punción lumbar.....	134
◆ Eliminación.....	136
◆ Enema.....	140
◆ Ayuda en la recolección de muestras para laboratorio.....	142
◆ Bioseguridad.....	146
◆ Asistencia dispensada al cuerpo después de la muerte.....	148
◆ Primeros Auxilios.....	150
◆ Antisépticos y Desinfectantes.....	167
◆ Neonatología.....	173
◆ Procedimientos de Enfermería a Usuarios para Intervención Quirúrgica	191
◆ Esterilización.....	199

V. ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA RELACIONADAS CON LA

NUTRICIÓN DEL USUARIO Y TRATAMIENTOS EN EL TACTO GASTRO INTESTINAL.

◆ Atención del usuario durante la alimentación.....	207
◆ Atención durante la alimentación por vía oral.....	207
◆ Alimentación por gastrostomía.....	208
◆ Alimentación por Sonda Nasogástrica.....	210

Bibliografía.....

INTRODUCCIÓN

El presente Manual constituye el primer documento a nivel nacional sobre procedimientos generales de Enfermería

elaborado por el equipo técnico de la Dirección y evaluado por las enfermeras / os Jefes de Hospitales generales y especializados.

El desarrollo de la práctica de Enfermería en nuestro país, requiere focalizar acciones de capacitación en los recursos humanos que actúan en los servicios para dar respuesta al usuario que necesita el cuidado de enfermería eficaz, eficiente y efectiva.

La emisión de este instrumento servirá de soporte a los programas de capacitación continua, debido a que no todos los servicios disponen de una biblioteca que respalden las acciones propias de enfermería. Por lo tanto, nuestro propósito es proveer a los Servicios de Enfermería, un instrumento que será de mucha utilidad para el desarrollo de los recursos humanos del área.

El documento ha sido estructurado de manera integral con enfoques de temas relacionados a los procedimientos de enfermería, con las técnicas y bases científicas, tanto para los Servicios hospitalarios como para la atención comunitaria, a fin de evitar estadías innecesarias de usuarios en los servicios de salud.

PRIMERA PARTE

- ◆ Grado de dependencia del usuario
- ◆ Proceso de Atención de Enfermería.

MODELO DE ATENCIÓN

El Modelo de Atención de Enfermería se fundamentan en las necesidades humanas universales y en reconocimiento y respeto de la influencia que ejerce sobre esas necesidades, el estado particular de cada usuario atendido (individuo, familia y comunidad), así como el ciclo de vida, el ecosistema y el proceso salud – enfermedad, dándose una atención continua e integral (físico, mental, psicológico, social y espiritual).

El modelo define las necesidades humanas básicas como: alimentación, eliminación, higiene, actividad, reposo, sueño, ocupación del tiempo libre, actitud del paciente y de la familia ante la enfermedad o dolencia, sintomatología y uso de medicación. Otro aspecto es el empleo de un método sistemático, científico y formal de tomar decisiones, es decir el cumplimiento del proceso de atención en enfermería y el uso de registros en la historia clínica del individuo y familia.

Se conoce que el apoyo social por una parte, y la autonomía por otra, facilitan el proceso de recuperación de la enfermedad y ayudan a conservar la salud psicológica y social de las personas. De aquí la importancia de que, en el modelo de atención se de énfasis en el autocuidado.

De esta manera se incorpora al usuario y a su familia al equipo de salud, lo que permite que los profesionales cambien su rol profesional de “ Proveedores exclusivos y directivos” a un rol de “Facilitadores participativos”.

La implementación del modelo de atención con énfasis en el autocuidado tiene como meta desarrollar, fortalecer o recuperar las capacidades de autocuidado de las personas que por diversas razones, y en relación con el proceso salud – enfermedad, interactúan con los integrantes del equipo de salud.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El Proceso de Atención de Enfermería propuesto consiste en el método de trabajo organizado y científicamente planificado, de manera a brindar al usuario atención integral, abarcando la parte biológica terapéutica y la satisfacción de las otras necesidades ya expuestas.

Se establece la aplicación del plan de atención de enfermería, combinando los tipos de recursos humanos con la complejidad de las actividades de enfermería, y la utilización del siguiente formulario:

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

- 1- Nombre y Apellido..... 2 – Edad:..... 3 – Sexo:.....
4 – Persona responsable del usuario 5 – Domicilio:.....8 – Sala:.....
6 – Servicio :..... 7 – N ° de ficha:..... 9 – N ° de cama:.....

Fecha / Hora (10)	Valoración (11)	Diagnóstico (12)	Planificación (13)	Firma (14)	Ejecución (15)	Firma (16)	Evaluación (17)	Firma (18)

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

INSTRUCTIVO

Este proceso está basado en un modelo nacional de Atención de Enfermería, científico, tecnológico y humano, fundamentado en las teorías de las necesidades humanas universales de Maslow y Richard Kalish; las teorías de crecimiento y desarrollo según el ciclo vital humano y las teorías de enfermería del autocuidado y auto responsabilidad de Virginia Handerson y Dorotea Orem, operacionalizado a través de la metodología del proceso atención de enfermería y de un esquema de “ actividades – necesidades” aplicable al individuo sano o enfermo, familia y comunidad.

- 1) Anotar el nombre completo del usuario con letra clara y legible.
- 2) Anotar la edad del usuario en número y en letra.
- 3) Anotar el sexo del usuario.
- 4) Anotar el nombre completo de la persona responsable del usuario, especificando el grado de parentesco.
- 5) Anotar la dirección exacta donde puede localizarse a la persona responsable del usuario.
- 6) Anotar el servicio en el cual está internado el usuario.
- 7) Anotar el número de ficha correspondiente al usuario.
- 8) Anotar la sala en la cual se encuentra internado el usuario.
- 9) Anotar el número de cama del usuario.
- 10) Anotar fecha y hora, en el momento de realizar cualquier acción del proceso.
- 11) **Valoración:** registrar el estado físico y emocional del usuario, identificados a través de preguntas, revisión de estudios o análisis, observaciones y exámenes físicos. Ej. Valorar las condiciones físicas de la piel para adecuar el arreglo de la cama a fin de evitar escaras.
- 12) **Diagnóstico:** describir el problema identificado en la valoración desde el punto de vista de enfermería. Ej. Falta de higiene, no tiene familiares, insolvente, necesita atención rápida del profesional médico.
- 13) **Planificación y firma:** determinar los cuidados de enfermería a través de la priorización de las necesidades, así como: Apoyo emocional, seguridad, amor, contactar con familiares, o entidades para su ayuda, higiene, dar informaciones suficientes para su tranquilidad, brindarle comodidad, bienestar para descanso y sueño y asignar al personal que las debe ejecutar según capacitación y disponibilidad.
- 14) **Ejecución y firma:** registrar correctamente las actividades y tareas de enfermería y la firma.
- 15) **Evaluación y firma:** controlar la entrega de cada turno, el cumplimiento de las tareas y el estado de evolución en enfermería del usuario y firmar, luego se da seguimiento en el siguiente turno.

SEGUNDA PARTE

- ◆ Los diez principios de las actividades de Salud Comunitaria.
- ◆ Actividades de Enfermería más comunes en Salud Pública.
- ◆ Procedimientos técnicos de Enfermería en Salud Pública

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

LOS 10 PRINCIPIOS DE LAS ACTIVIDADES DE SALUD COMUNITARIA

1. Antes de iniciar con las actividades, conocer muy bien las características y particularidades de la comunidad. Promover y realizar los programas que son necesarios y requeridos por los ciudadanos de la comunidad. Colectar estadística, llegar a las comunidades a pie.	Conocer y diagnosticar la comunidad.
2. No realizar las actividades en forma independiente. Solicitar la colaboración de líderes, agrupaciones de la comunidad y de instituciones relacionadas. El personal de salud asume la responsabilidad de coordinación.	Coordinar y cooperar con organizaciones comunitarias.
3. Para la ejecución de los programas se puede aceptar alguna interferencia religiosa o política, pero eso no significa la imposición o interferencia total religiosa ni política a los habitantes de la comunidad.	No involucra motivos religiosos ni políticos.
4. Todas las actividades deben poner en práctica en forma justa y equitativa. No aceptar ningún tipo de obsequio.	
5. La persona responsable encargada de salud comunitaria, debe ser un líder en el campo de enfermería.	Responsabilidad hacia el cargo
6. Para poder evaluar los resultados y continuar en forma efectiva, debe registrar y conservar todos los datos de las actividades realizadas. Anotaciones diarias para que los jefes lean después.	Debe conservar todos los registros
7. Todas las informaciones o datos obtenidos durante el desarrollo de las actividades no deben ser comentados o divulgados a terceros.	Debe mantener y respetar la privacidad
8. Como persona responsable y encargada, debe procurar en la actualización o capacitación continua de los conocimientos.	Lograr las oportunidades de capacitación
9. No se debe olvidar de promocionar las actividades de enfermería que está realizando y también hacerse conocer de sí mismo.	Profesionalismo de la enfermería
10. Tener el punto de vista para desarrollar y continuar ampliando las actividades programadas y dirigidas exclusivamente a los habitantes de la comunidad.	Hacer partícipe a los habitantes.

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA**

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA MÁS COMUNES EN SALUD PÚBLICA.

<i>Ambulatorio</i>	<i>Comunitaria</i>
<i>1. Preparación de los consultorios</i>	<i>1. Diagnóstico de situación de salud – Enfermería</i>
<i>2. Admisión del usuario</i>	<i>2. Realización de censo</i>
<i>3. Llenado de fichas</i>	<i>3. Realización de croquis de la comunidad</i>
<i>4. Control de signos vitales</i>	<i>4. Implementación de los distintos programas de salud (Vacunación materno infantil, etc)</i>
<i>5. Control de crecimiento y desarrollo</i>	<i>5. Formación de comisiones o comités de salud</i>
<i>6. Vacunación</i>	<i>6. Capacitación de promotores voluntarios</i>
<i>7. Educación a todos los usuarios y familiares que recurren al servicio</i>	<i>7. Capacitación de parteras empíricas</i>
<i>8. Refuerzo de indicaciones médicas</i>	<i>8. Formación de clubes infantiles y juveniles de madres de familia</i>
<i>9. Revisión de fichas e informes de enfermería de notificación obligatoria</i>	<i>9. Vigilancia epidemiológica</i>
<i>10. Referencia a otros servicios y seguimiento de los mismos</i>	<i>10. Planificación y registro de actividades</i>
<i>11. Información y comunicación sobre prestación de servicios (horario – costo)</i>	<i>11. Evaluación de coberturas de los programas</i>
	<i>12. Coordinación Interinstitucional e intersectorial y grupos organizados</i>
	<i>13. Programas de educación</i>
	<i>14. Programas de saneamiento básico (letrina, alimentación, agua)</i>
	<i>15. Visitas domiciliarias</i>
	<i>16. Entrevistas</i>

PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS DE ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA

DIAGNÓSTICO DE SALUD - ENFERMEDAD

El diagnóstico de salud - enfermedad es una herramienta útil para el equipo de salud y su realización es conveniente tanto estratégica como operativamente antes de cualquier acción, aún por pequeña que pueda considerarse esta.

Constituye una etapa dentro del proceso de planificación y consiste en recolectar, procesar y actualizar la información necesaria que muestre en forma integral la real imagen de una comunidad tanto en los aspectos específicos de salud como de aquellos factores que influyen y condicionan el estado y nivel de salud - enfermedad de dicha comunidad.

COMO SE HACE EL DIAGNÓSTICO DE SALUD:

- Se hará una breve reseña de los objetivos, propósitos, beneficios, alcances del trabajo.
- Incluir antecedentes históricos, geográficos de la comunidad, contexto socio-político-económico, aspectos demográficos y culturales entre otros.
- Colocar lo que se pretende con la realización del diagnóstico.

QUE DEBEMOS AVERIGUAR:

Perfil epidemiológico: 10 primeras causas de consulta, nacimientos, tasa de natalidad, defunciones, tasa bruta de mortalidad, años potenciales de vida ganados o perdidos, enfermedades inmunoprevenibles, enfermedades más frecuentes de la infancia, ETS, rabia, entre otras enfermedades.

- Análisis por grupo de población: salud del niño, del adolescente, del adulto, del adulto mayor.
- Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud: enfermedades cardiovasculares y tumores, enfermedades por contaminación ambiental, problemas de salud mental, discapacidades, desastres naturales y accidentes de trabajo.
- Saneamiento ambiental: vivienda, agua, letrina, desagües y basureros, presencia de animales.
- Respuestas del sistema de salud: políticas y planes de salud, participación social, organización del sector salud.
- Métodos, técnicas e instrumentos a utilizar: se describirán todos aquellos métodos, técnicas, la forma de su uso, el número, tipo de preguntas; sea abiertas o cerradas que contiene el formulario para recolectar la información necesaria.

QUÉ TÉCNICAS O INSTRUMENTOS PODEMOS USAR:

CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA:

El censo consiste en determinar en el terreno, el número de viviendas y sus características, así como el número de habitantes por grupo de edad y sexo y sus condiciones socio-culturales.

PARA LLEVAR A CABO EL CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDAS SE REQUIERE:

- La ficha familiar
- El formulario para resumen censo de población y viviendas.

FICHA FAMILIAR:

Es un instrumento, donde se debe anotar las características demográficas de las personas que componen la familia, datos sobre vacunación y las características de la vivienda; así como las situaciones, los problemas encontrados y las acciones de salud realizadas en cada visita y se puede actualizar permanentemente

Datos sobre las personas: debe anotarse el nombre y apellido de cada una de ellas, así como su edad, parentesco (padre, madre, abuelo, hijo, sobrino, etc.); Para el cuidado de su salud va a (IPS, Privado, Militar, Ministerio de Salud); el grado de instrucción y el tipo de ocupación.

Estado de la vivienda: marcar la situación encontrada con relación a agua, sanitario, basura, techo, piso y paredes.

Datos sobre vacunación: anotar el nombre de los niños o mujeres, su fecha de nacimiento. Lo mismo que por tipo de vacuna, la fecha de aplicación respectiva.

Observaciones: se puede hacer las aclaraciones o comentarios que se consideren importantes tener en cuenta.

En la parte superior de la ficha hay que clasificar anualmente el riesgo de la familia de acuerdo con los criterios establecidos.

TABLA AUXILIAR PARA CLASIFICAR EL RIESGO FAMILIAR:

Para poder determinar si una familia es de alto o bajo riesgo, se tiene en cuenta las siguientes características:

Con relación a las personas: si hay menores de 2 años, si hubo muertos durante el último año en los grupos (menores de 5 años, embarazadas y puérperas); si hay embarazadas y/o lactando; si hay algún miembro de la familia con enfermedades infectocontagiosas; si uno de los padres es alcohólico dependiente y/o drogadicto; si hay algún miembro de la familia con bocio, si el jefe del hogar está sin ocupación.

Con relación a la vivienda: si la fuente de agua es tajarar, río, arroyo, manantial o pozo sin brocal; si la disposición de excretas es en campo abierto o letrina común; y si hay un promedio de más de tres personas por dormitorio.

Cuando en una familia hay más de tres características mencionadas, se considera de **ALTO RIESGO** y si fuera tres o menos, **BAJO RIESGO**.

El objetivo al determinar el riesgo, consiste en dar prioridad de atención a aquellas familias que tuvieron la mayor probabilidad de enfermar o morir frente a un daño o enfermedad de origen biológico, social o ambiental.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

Es importante aclarar que el riesgo familiar se debe actualizar cada año, y para ello, es necesario registrar en la ficha familiar los cambios observados en la familia en el transcurso de cada año. Cada ficha tiene una duración de cuatro años.

RESUMEN DE CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA:

Es un instrumento que permite tabular y obtener una visión de conjunto sobre la composición de la población y estado de las viviendas, en cada sector, compañía, distrito, región o país.

Para llenar este formulario se deben tomar los datos de la ficha familiar, previamente elaborados en el terreno. Posteriormente, se suman en forma vertical cada columna y se obtienen los totales respectivos.

ELABORACIÓN DE CROQUIS

El croquis de la comunidad es un instrumento de trabajo, tanto para el personal de salud como para los miembros del Comité de Salud.

PORQUE ES IMPORTANTE:

- Permiten ver de una forma simple y al mismo tiempo exacta la ubicación de las viviendas y su distribución.
- Permiten conocer la ubicación y el número de embarazadas, puérperas y recién nacidos de la comunidad, de los usuarios que están en tratamiento, de las parejas que utilizan los métodos de Planificación Familiar.
- Permite conocer la ubicación de las casas de los promotores de salud y de las organizaciones e instituciones de la comunidad.
- Este instrumento permite ver de una simple mirada la situación del trabajo que está realizando.

CUIDADOS A TENER EN CUENTA PARA LA UTILIZACIÓN CORRECTA DE UN CROQUIS:

- Debe ser actualizado constantemente y de acuerdo a necesidad y cambios que se vayan produciendo en la comunidad.
- Debe estar cuidadosamente señalado y utilizar las referencias correspondientes para ver de esta manera cuales son los puntos exactos de ubicación de las instituciones, servicios de salud, vivienda.
- Debe también tener el nombre de la comunidad, el número de habitantes y la señalización de los límites colindantes con la misma.
- Debe estar ubicado en un lugar visible
- Debe tener un buen aspecto y orden
- Las personas que están en los grupos de riesgo deben ser identificados en el croquis.

ORIENTACIÓN:

El personal de salud se orientará en el terreno por medio de la brújula: sabiendo la dirección del norte, por oposición, sabrá la dirección del sur, hacia la derecha estará el este y hacia la izquierda el oeste.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

Al no disponer de brújula, el personal se orientará por el sol. Se determinará por observación del lugar por donde sale el sol y así se tendrá la dirección este, por oposición se tendrá la dirección oeste; hacia el frente estará el norte y hacia atrás el sur.

SISTEMA DE NUMERACIÓN DE VIVIENDAS:

Enumerar las viviendas es responsabilidad del reconocedor y es una tarea que se ejecutará simultáneamente con la elaboración del croquis y/o censo, de la siguiente manera:

- a. La numeración en cada localidad comenzará con el 01 que corresponderá a la vivienda que se encuentre en la entrada de la localidad; si en el camino de acceso hubiesen dos viviendas frente a frente, el número 1 corresponderá a la que está en el lado derecho del camino.
- b. La numeración de las viviendas proseguirá en forma consecutiva, siguiendo por el camino de entrada y penetrando por todos los caminos y senderos, dando preferencia al de la derecha al coincidir en un cruce de caminos.
- c. Cuando la localidad está dividida por un río, se enumeran primero todas las viviendas que están del lado del camino de acceso y luego las demás que están en el otro margen; igual criterio se seguirá en las localidades situadas en las lomas, cerros, etc.

ORGANIZACIÓN COMUNITARIA

Consiste en la participación activa de la población a estructuras formales como comités, brigadas, y otros; con el propósito de conocer la realidad socio sanitaria, entenderla y realizar actividades que ayuden a su transformación.

Para lograr organizar la comunidad las decisiones tienen que ser tomadas por sus miembros en conjunto, y debe beneficiar a toda la comunidad, con criterios objetivos y empleando mecanismos de funcionamiento democrático.

Una de las estructuras necesarias para responder ante la situación de salud, son los Comités de Salud (Comisión Vecinal).

QUÉ ES UN COMITÉ DE SALUD:

Es una organización comunal, elegida por la comunidad y que trabaja por el mejoramiento de la salud de su comunidad.

PARA QUÉ SE DEBE FORMAR:

- Para que represente a la comunidad y mediante él mismo se pueda gestionar juntamente con las autoridades de la comunidad, el mejoramiento de la salud.
- Para lograr la participación efectiva y comprometida de la comunidad en las actividades de salud.

CUALES SON SUS FUNCIONES:

- Identificar las necesidades que afectan a la comunidad en el área de la salud, conjuntamente con el personal de salud.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- Participar en la elaboración y supervisión del Plan anual de actividades de salud de su comunidad juntamente con el personal de salud.
- Debe coordinar y representar a su comunidad constantemente con las autoridades de la comunidad para lograr el apoyo de la misma.
- Apoyar y cooperar con el personal de salud en la realización de actividades de salud como ser: campañas de vacunación, control de salud de los niños, detección e información de las enfermedades contagiosas, campañas de limpieza comunal, construcción de letrinas, mejoramiento de la vivienda.
- Controlar el buen uso de los recursos materiales, medios de movilidad y equipos del servicio de salud.
- Debe convocar a reuniones para la selección de personas que quieran o tengan interés de apoyar a la comunidad como promotores de salud que realicen actividades en beneficio de su comunidad de acuerdo a la capacitación recibida.
- Mantener y controlar la limpieza del servicio de salud y sus alrededores.
- Informar periódicamente las actividades realizadas, en las reuniones generales de la comunidad.
- Movilizar a la comunidad para que esta participe y apoye en todas las actividades en salud que se realicen.

ELABORACIÓN DE PLAN

¿CÓMO FORMULAR EL PLAN?

Una vez hechos los análisis procedemos a formular el plan, en mayor o menor detalle.

- El proceso es un trabajo de equipo incluyendo a la comunidad.
- El plan debe evaluarse continuamente.
- El plan debe seguir un razonamiento lógico; es decir que lo que decidamos hacer sea, por un lado, necesario para lograr la meta que nos proponemos y, por otro, las medidas sean suficientes para ese fin,
- El plan debe ser flexible y cambiable de acuerdo con los cambios que se van produciendo por las distintas intervenciones.

ELEMENTOS QUE DEBE TENER EL PLAN

Cuando se consideran los objetivos planificados y las acciones del programa, hay que contestar las siguientes preguntas:

- que se quiere alcanzar (objetivo),
- cuando se quiere lograr (cantidad y calidad),
- cuando se quiere lograr (en cuánto tiempo),
- para quien se hace el programa (grupo objetivo),
- en donde se quiere realizar el programa (lugar),
- con quién y con que se desea lograrlo (personal, recursos financieros),
- como saber si se está alcanzando el objetivo (evaluando el proceso),
- cómo determinar si se logró el objetivo (evaluación de resultados).

PASOS MÍNIMOS A SEGUIR

Para hacer un plan de salud: proponemos como pasos mínimos necesarios:

- Dialogar con todo el equipo de salud y con miembros de la comunidad sobre los problemas de salud existentes y las necesidades sentidas en la comunidad.
- Diagnosticar los recursos de salud y los problemas de los servicios.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- Conocidos los problemas de salud, determinar cuales son los más importantes y cuáles pueden ser resueltos en un plazo aceptable.
- Hacer una lista del total de objetivos y actividades previstas para un periodo dado y cuantificarlos.
- Elaborar una lista de todo el material y equipo necesario con precios reales o estimados para resolver estos problemas.
- Identificar los problemas que cada uno, en el equipo de salud, con su conocimiento y orientación pueda resolver en colaboración con la comunidad: nombrar responsables.
- Describir, por escrito y verbalmente, las tareas que se piensan desarrollar en la comunidad, en el periodo fijado (después de discutirlo con los líderes de la comunidad).
- Agregar al plan, por escrito, la manera como se proyecta alcanzar kis objetivos y metas.
- Reexaminar el plan junto con el equipo de salud y la comunidad para hacer los ajustes necesarios.

EJECUCIÓN:

Una vez elaborado un plan de acción (incluyendo el cálculo de los recursos financieros, humanos y físicos), es importante implantarlo dentro de un tiempo determinado.

Las figuras 9 y 10 presentan dos proyectos diferentes después de su implantación. El primero es relativamente ambicioso (instalación de un programa radial), mientras el segundo (pegar el plan de trabajo en la pared del puesto de salud) es simple pero efectivo.

No hay que tener la ilusión de que una vez implantado el programa, entregará pronto sus frutos. Hay que estar preparados para hacer frente a contratiempos y problemas.

COMO USAR EL PLAN:

Dos conceptos de utilidad para el manejo del plan durante su ejecución son:

Manejo orientado a los objetivos. Se debe observar y evaluar, básicamente, lo que se produce durante la ejecución, así como los problemas que surgen y los desvíos del plan en función de los objetivos. El jefe del equipo deberá concentrar su atención en los problemas que realmente alejan del logro de los objetivos generales, dando menos importancia a actividades y problemas secundarios. Se trata de que nunca, “por ver los árboles dejemos de ver el bosque”.

VISITA DOMICILIARIA

La visita domiciliaria es parte integrante de los servicios que comprende un programa de salud para la familia.

Siendo esta, una oportunidad para observar directamente la situación de la familia, se debe tener siempre en cuenta a la familia en conjunto, dando prioridad a los problemas de mayor urgencia e interés para ella.

PARA QUE SE REALIZA:

- Conocer las condiciones del ambiente físico, social y económico del hogar
- Establecer contacto entre la familia y el servicio de salud
- Asegurarse de las condiciones médicas y que las orientaciones impartidas por el personal de salud se cumplen satisfactoriamente, en caso contrario determinar los motivos que lo impidan.
- Desarrollar la labor educativa de acuerdo a la situación que motiva la visita.
- Planear conjuntamente con la familia la mejor manera de solucionar sus problemas
- Evaluar las condiciones higiénicas en el hogar.

COMO SE REALIZA LA VISITA:

- Hacer planeamiento previo, en un cuaderno destinado para el efecto
- Estudiar la carpeta familiar y cada una de las fichas y anotar los datos necesarios
- Preparar la Educación de acuerdo con los problemas de la familia y que se escribirá en la columna de objetivos de la visita.
- Preparar materiales necesarios, maletín completo, ayudas audiovisuales, calendario de visitas.
- Consultar con el plano del sector a fin de asegurar que la Dirección esté correcta y la visita sea efectiva.
- Se debe respetar los horarios y actividades de la familia a visitar, escoger un horario que no cause molestias a la familia.
- Se debe nombrar a la persona que se va a visitar por su nombre.
- Saludar en forma amable y con una sonrisa para establecer confianza y explicar el motivo de la visita.
- Evitar pasar el tiempo tomando notas o escribiendo
- No dirigir la atención a un solo miembro de la familia, tratar de hacer participar a los demás
- La orientación debe realizarse en forma clara y sencilla de manera que la familia entienda
- Despedirse de forma amable dejando si es posible folletos educativos
- Limitarse a guardar en secreto las intimidades de la familia

INFORME DE LA VISITA:

- Si es la primera visita, las anotaciones de la Carpeta Familiar deben ser hechas en el domicilio con bolígrafo. Se llenarán cuidadosamente todos los puntos requeridos en la carpeta.
- En las visitas siguientes se actualizarán los cambios notables, Ej: legalización de unión, mejoras sanitarias, nuevos hijos, defunciones, cambios de domicilio.
- Las anotaciones en la ficha de cada usuario deberán hacerse en el servicio.
- Se anotará el lugar en que se realiza la visita. Ej: domicilio, fábrica, taller, etc. El círculo se hará en rojo cuando fue efectuada y azul si es negativa.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

OBSERVACIONES REALIZADAS:

- Se anotarán los datos más resaltantes y de más valor para la continuidad en el trabajo de enfermería. Deben ser breves, concisos, claros, empezando por observaciones referentes al usuario, luego lo realizado y continuando con la orientación dada, atención prestada al usuario, posibilidades de cumplir con lo aconsejado y por último la fecha para próxima visita que será de acuerdo a las necesidades del caso.

EVALUACIÓN DE LA VISITA:

Se realizará contestando lo siguiente:

- a) En qué medida cumplió su objetivo la visita realizada?
- b) La técnica empleada ha sido apropiada para el usuario
- c) ¿Cómo fue su actitud en relación a los problemas encontrados y las orientaciones que se dio?

MATERIAL DE APOYO:

- Rotafolios
- Afiches
- Láminas
- Folletos
- Calendarios

ENTREVISTA:

Es un proceso dinámico de comunicación efectiva entre un trabajador de salud y el usuario.

PARA QUÉ SE HACE?

- Estimular la comunicación entre el usuario y el personal de salud.
- Identificar los problemas del usuario
- Orientar al usuario

SE DEBEN CUIDAR:

- Utilizar un lenguaje adecuado al nivel cultural del individuo.
- Evitar realizar la entrevista en circunstancias incómodas para el individuo. Ej: en caso de dolor.
- Asegurar privacidad en el desarrollo de la entrevista.
- Ser flexible, si en el desarrollo de la entrevista hay necesidad de cambiar objetivos o de utilizar más tiempo del planeado.
- Situarse en el mismo plano físico y en dirección diagonal al entrevistado.

CÓMO SE HACE:

- Analice la información previa del entrevistado.
- Determine los objetivos específicos de la entrevista.
- Establezca la relación con el usuario, observe cuidadosamente expresiones verbales y no verbales y describa mentalmente lo observado.
- Defina el problema o problemas del usuario.
- Formule, conjuntamente con el usuario, las soluciones al problema.
- Evalúe la entrevista de acuerdo a los objetivos propuestos.
- Anote la entrevista realizada.

PLANEAMIENTO DE ACTIVIDADES EDUCATIVAS

La clave para adoptar y usar ideas tales como hervir el agua, construir letrinas, controlar el crecimiento y desarrollo del niño/a, y otras conductas importantes está dentro de cada persona y la acción es voluntaria. Si la persona no percibe la utilidad de la nueva idea, no la pondrá en práctica.

CÓMO HACER:

1. IDENTIFICAR EL TEMA PARA DAR A LA COMUNIDAD:

Es importante para ello definir el tema con la participación de la comunidad o grupo de personas con las que se trabajará, esta tarea permite saber cuales son las inquietudes de aprendizaje de las personas.

2. PREPARACIÓN DEL TEMA:

Se debe preparar el tema de acuerdo al material disponible
Definir los mensajes claves y buscar la forma más adecuada de presentarlos, que permitan una activa participación del grupo.

Materiales de Apoyo: rotafolio, afiches, láminas, folletos, calendarios (dibujo).

DESARROLLO DE CHARLA EDUCATIVA

Se debe tener en cuenta que toda actividad educativa tiene tres pasos importantes:

□ PRIMER PASO O INICIO DE LA ACTIVIDAD:

Se inicia con el saludo, la bienvenida, la presentación de las personas y el título del tema a tratarse en esa ocasión.

Es importante en este paso, crear interés por el tema y establecer un clima de confianza entre el grupo y el responsable de la charla.

Utilizar términos y lenguaje que estén a nivel de los participantes.

□ SEGUNDO PASO O DESARROLLO DEL TEMA:

Para empezar este paso, se debe preguntar que saben, conocen o escucharon acerca del tema, es importante tomar en cuenta las opiniones y no criticar.

En este paso sería importante utilizar juegos de dinámica que permitan la participación, análisis y la opinión de todo el grupo, con el permanente reforzamiento por parte de la persona responsable de la charla evitando salirse del tema que se preparó.

□ TERCER PASO O CIERRE DE LA ACTIVIDAD:

En este paso se debe pedir a los participantes que realicen un resumen del tema tratado para averiguar qué aprendieron del mismo.

La importancia de ponerlo en práctica y otros temas que quisiera saber el grupo.

Por último relacionar la utilidad y la importancia del tema con la vida diaria

Antes de iniciar la actividad educativa, es conveniente que se ubique a las personas en forma circular, esto da más confianza y acercamiento con el grupo.

Se debe registrar toda actividad educativa que se realice tomando en cuenta los siguientes puntos:

- El título del tema
- El lugar, fecha y hora
- El número y nombre de los participantes

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- El grupo al que pertenecen

Todas y todos tenemos la capacidad para desarrollar actividades educativas que permitan orientar a nuestra gente, buscando mejorar la salud de nuestros niños/as, jóvenes y adultos, que conforman una comunidad o un barrio.

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Para que la comunidad reconozca la importancia que tiene la salud, se tiene que ayudar a ver cómo están viviendo, cuales son las enfermedades que tienen los niños y las personas mayores y ayudarles a que digan que cosas se pueden hacer para cuidar la salud.

Como la comunidad no tiene muchos problemas en salud, debe llevar a cabo varias reuniones con los comunitarios.

PASOS QUE SE DEBE SEGUIR PARA TRABAJAR CON LA COMUNIDAD

Primer paso: Asamblea con la comunidad.

Como primera medida, deberá tener una asamblea con la comunidad. Para que la comunidad asista a las asambleas, debe visitar a todas las personas importantes de su comunidad y explicarles el trabajo que hará y la necesidad de contar con el apoyo de toda la comunidad.

- En la asamblea se debe: avisar a la comunidad sobre el trabajo que hará, tiene que hablar sobre la importancia de ver los problemas de salud de la comunidad, tiene que escuchar lo que la comunidad dice sobre las enfermedades.
- Invitar a la comunidad a formar grupos de 15 a 20 personas indicando que la primera reunión será la siguiente semana, para comenzar a ver los problemas de salud y otros de la comunidad.
- Si la comunidad tiene grupos ya organizados, como por ejemplo el club de madres, tiene que hablar con la mesa directiva para ver si puede trabajar con el club.

Segundo paso: Visitas a las casas.

Para que la gente de la comunidad no se olvide de la reunión, se tiene que visitar las casas, para hacerles recordar el día y hora de la reunión.

Tercer paso: Desarrollo de las reuniones participativas.

- Primera reunión: es para que la gente se conozca, haya más confianza y unión entre todos. Es para la convivencia.
- Segunda reunión: servirá para la formación del diagnóstico de la comunidad, es decir para que el grupo señale cuales son sus problemas de salud y cuál es el que más daño hace a la comunidad.
- Tercera reunión: servirá para que el grupo vea cual es el problema más grave de salud de su comunidad.
- Cuarta reunión: es para que el grupo diga o establezca que puede hacer para ayudar a que se solución e el problema que se vio en la anterior reunión.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE TRABAJA EN EPIDEMIOLOGÍA.

El Personal de Enfermería que Trabaja en Epidemiología deberá tener en Cuenta:

- 1) Información epidemiológica de la comunidad, región o país; registro, recolección, clasificación y actualización permanente de los datos obtenidos de las diferentes fuentes posibles (censos, registros, declaración, encuestas, exámenes de salud, etc.); análisis de los datos, utilización de los datos (vigilancia epidemiología, estudios e investigaciones, etc.)
- 2) Conocimiento de la estructura socio – económica de la sociedad específica: relaciones sociales de producción, modos de producción, distribución del producto nacional, grado de apropiación y de concentración económica, grado de desigualdades socioeconómicas, clases sociales con diferente nivel social (salud, educación, salario, tipo de trabajo, vivienda, alimentación, etc.
- 3) Conocimiento de la distribución social de las desigualdades socio – económicas: tasas de morbilidad, incapacidades para la vida activa, mortalidad diferente en relación con la clase social y con la categoría socio – profesional.
- 4) Conocimiento del nivel de vida de la población en los diversos grupos y clase sociales: salarios en relación con el costo de vida, inflación, cesantía (paro), condiciones de trabajo, condiciones de la alimentación, condiciones de la vivienda, actividad y reposo, nivel de instrucción, posibilidades de desarrollo cultural y de esparcimiento (vacaciones, deportes, cultura, arte, etc.), existencia de sistemas de seguridad social y / o de seguro sociales (protección social).
- 5) Manejo de modos de vida de la población y participación social: hábitos nacionales, regionales, locales; subcultura al interior de la cultura nacional: comunicación social y tolerancia de las diferencias y costumbres; participación en la vida social, existencia de paz social, justicia, derechos del hombre.
- 6) Calidad ecológica y sanitaria del ambiente de vida de la sociedad y de las comunidades locales: grado o nivel de degradación de la naturaleza y del ambiente social a consecuencia de la actividad del hombre (empresas públicas o privadas, nacionales o internacionales); grado de urbanización de la población y densidad urbana y rural: grado de contaminación y de producción del ambiente; existencia de riesgos específicos en el ambiente.
- 7) Condiciones de niveles de instrucción media y superior de la población, niveles de formación técnica; niveles de educación para la salud.
- 8) Conocimiento de las condiciones ambientales de trabajo y condiciones sociales de los trabajadores.
- 9) Condiciones de la alimentación y nutrición nacional: cantidad, calidad, frecuencia.
- 10) Existencia de servicios de salud – enfermedad: orientación, programas de salud, cobertura de la población, eficacia, evaluación; grado de participación de la población.
- 11) Nivel científico en el país y grado de aplicación de los conocimientos para el servicio de la población.
- 12) Grado de participación del individuo y de la población en la vida social, política y económica del país y de la comunidad.
- 13) Identificar los problemas de salud – enfermedad (enfermedades, invalideces, riesgos, etc), existentes en la población misma y en el ambiente socio – ecológico de vida; hacer el diagnóstico de salud de la comunidad y utilizarlo para programación de actividades, educación para la salud, planificación o para evaluaciones periódicas de la situación de salud.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- 14) Establecer gráficamente la prevalencia e incidencia de las enfermedades y problemas de salud más frecuentes o más importantes en la comunidad; calcular tendencias y predicciones a corto, mediano y largo plazo.
- 15) Analizar en forma periódica, la morbilidad y la mortalidad de la población (registros y encuestas), accidentes, invalideces y otras anomalías y fenómenos sociales (violencia, agresividad, drogas, prostitución, etc), según variables que interese conocer (sexo, edad, categoría socio – profesional, etc).
- 16) Identificar riesgos en la población (exámenes de salud, consultas médicas, etc.) y en el ambiente de vida (casa, trabajo, circulación, etc); identificar grupos de alto riesgo.
- 17) Participar en los programas de registro y control de las enfermedades sujetas a declaración obligatoria y en los programas de control de estas enfermedades.
- 18) Realizar el estudio epidemiológico de los casos de enfermedades transmisibles y de sus contactos, y tomar las medidas de control pertinentes en cada caso, sean estos casos esporádicos, endémicos, epidémicos o endémicos
- 19) En caso de endemias de alta incidencia (o prevalencia), tomar las medidas de control o de erradicación adecuadas.
- 20) En caso de brotes epidémicos, organizar todas las actividades necesarias para detener el brote ubicando el vehículo de la infección o intoxicación en el menor tiempo posible, con la participación de la comunidad.
- 21) Estar vigilante sobre las condiciones sanitarias de los servicios de enfermedades contagiosas en los hospitales públicos y privados y de las del hospital en general.
- 22) Preocuparse por las condiciones sanitarias del agua de bebida, por la eliminación de excretas humanas y basuras urbanas; preocupación permanente por el estado sanitario del expendio de alimentos (en coordinación con el programa de control de alimentos).
- 23) Participar en el control sanitario interregional, intercomunal, internacional, según el caso.
- 24) Realizar la investigación epidemiológica a nivel local o regional, según el caso, con la participación de la comunidad y con ayuda de los epidemiólogos especializados.
- 25) Organizar la información sobre la frecuencia de las enfermedades no infecciosas en la localidad, en la región o en el país, según el caso: enfermedades genéticas y congénitas, enfermedades carenciales y alimentarias, enfermedades crónicas, etc. Y accidentes, alcoholismo, drogas, etc; diseñar programas de educación sanitaria, de control y de erradicación, según el caso, con la participación de la comunidad.
- 26) Participar en la elaboración de programas de educación sanitaria en relación con la prevención de las enfermedades y problemas de salud prevalentes en la comunidad.
- 27) Participar en otras aplicaciones del método epidemiológico tales como planificación sanitaria (informaciones, diagnóstico de la situación de salud, evaluación), planificación de hospitales y centros de salud, gestión en salud, evaluación de programas de salud, etc.
- 28) Participar en los programas de atención primaria de salud.

¿QUE PUEDE HACER, CONCRETAMENTE, EN EPIDEMIOLOGÍA, EL PERSONAL DE SALUD A NIVEL PRIMARIO?

- Conocer la población de la comunidad local desde el punto de vista demográfico, nivel de vida, modos de vida.
- Identificar los problemas de salud de la comunidad y hacer un diagnóstico periódico del estado de salud de la población.
- Investigar el ambiente ecológico – social de vida de la comunidad,

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- Encuesta total de la comunidad: demográfica, ambiental, social, económica, sanitaria, climática, producción, etc; mantener esta información al día.
- Traspasar toda esta información a mapas, gráficos, cuadros, perfiles epidemiológicos de las comunidades, libros de registros de casos, muertes, atenciones, etc. Registros permanentes y al día, actualizados;
- Utilizar esta información para mejorar la vigilancia epidemiológica.
- Utilizar esta información para promover la educación para la salud y para promover la salud y prevenir la enfermedad, interesando a la comunidad en sus propios problemas de salud;
- Estimular la participación activa y consciente de la comunidad, dándole toda la información disponible para que cada persona tome cierta responsabilidad en relación con su salud y la de la comunidad;
- Promover el desarrollo comunitario no solo en el sector salud, sino en todos los sectores de la vida comunal;
- Identificar los riesgos existentes en el ambiente de vida y en los modos de vida de la comunidad;
- Identificar los individuos y los grupos a riesgos elevado y tenerlos en observación particular y en tratamiento, si es posible;
- Identificar los grupos marginales que no reciben o reciben menos ayuda sanitaria y social para remediar su situación.

TERCERA PARTE

I. Consideraciones generales para todas las actividades de Enfermería:

- ◆ **Grado de dependencia del usuario.**

II. Actividades propias del personal de enfermería relacionadas con las necesidades universales en el escenario hospitalario.

- ◆ **Procedimientos técnicos de Enfermería.**

III. Actividades en Enfermería en el examen físico.

IV. Actividades básicas de Enfermería relacionadas con la seguridad y comodidad del usuario.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

GRADO DE DEPENDENCIA DEL USUARIO

Grado de dependencia	Intensiva	Semi- intensiva	Intermedia		Mínima		
	PERSONAL DE ENFERMERIA						
Necesidades biofisico-sicosociales y espirituales	Enfermera	Enfermera	Aux. Enf./Tec. superior	Enfermera	Aux. Enf./Tec. superior	Enfermera	Aux. Enf./Tec. superior
1. Sicosociales (individualidad-comunicación y relacionamiento (manifestaciones, reacciones)	X	x		X		X	
2. Signos vitales y somatometría	X		x		X		X
3. Valoración física	X	x		X		X	
4. Ingesta y eliminación	X	x		X			X
5. Nutrición (alimentación)	X		x		X		X
6. Educación en Salud (hábitos de vida autocuidado)	X	x		X		X	
7. Movilización, posturas, traslados	X		x		X		X
8. Sueño, Reposo	X	x			X		X
9. Higiene Corporal y vestido	X	x			X		X
10. Mediación	X	x		X		X	
11. Otros tratamientos	X	x		X			X
12. Higiene y seguridad del entorno para sí y en relación a otros. del pte.)	X	x			X		X
13. Práctica de una ideología o espiritualidad	X	x		X		X	
14. Expresión de la sexualidad	X	x		X		X	
15. Trabajo-recreación	X	x			X		X
16. Admisión y egreso planificado	X	x		X		X	
17 agonía-muerte	X	x		X		X	

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA**

Actividades Propias Del Personal De Enfermería Relacionadas Con Las Necesidades Humanas Universales En El Escenario Hospitalario.

Grado de dependencia				
Necesidad biofísico – sicosociales y espirituales	Intensiva	Semi- intensiva	Intermedia	Mínima
1) Psicosociales (individualidad – comunicación y relacionamiento, manifestaciones, etc). 2) Signos vitales y somatometría. 3) Valoración física. 4) Ingesta y eliminación. 5) Nutrición (alimentación). 6) Educación en Salud (hábitos de vida – autocuidado) 7) Movilización – Posturas – Traslados. 8) Sueño – Reposo. 9) Higiene corporal y vestido. 10) Medicación 11) Otros tratamientos 12) Higiene y seguridad del usuario. 13) Práctica de una ideología o espiritualidad. 14) Expresión de la sexualidad. 15) Trabajo – Recreación. Admisión y egreso planificado. 16) Agonía y muerte. Ref. y contraref. 17) Registro	La inexistencia de la capacidad para satisfacer las necesidades biofísico – psicosociales y espirituales, requiere todos los cuidados con inspección constante y observaciones de las condiciones de recuperaciones. Ej. Recién nacido, paciente en coma o inconsciente, shock. Requiere de medios artificiales para poder subsistir.	La existencia de la capacidad para satisfacer la mayoría de sus necesidades básicas; requiere supervisión, estímulo y ayuda de enfermería en relación de una o más necesidades biofísico-psicosociales y espirituales. Ej. Intervenciones quirúrgicas, atención del parto, dolor continuo, desastres naturales en la comunidad, etc.	La existencia de la capacidad para satisfacer la mayoría de sus necesidades básicas requiere supervisión, estímulo y ayuda de enfermería en relación de una o más necesidades biofísicas – psicosociales y espirituales. Ej. Dificultad respiratoria, enfermedad digestiva, flebitis, etc.	La existencia de la capacidad del individuo para satisfacer sus necesidades biofísico – psicosociales y espirituales, pero requiere la supervisión y estímulo de enfermería para proporcionarse su atención.

PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS DE ENFERMERÍA

PRINCIPIOS GENERALES EN LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

DEFINICIÓN:

Por tal, se entenderán en este manual todos los aspectos que debe tomar en cuenta el personal profesional y auxiliar de enfermería al ejecutar las actividades de atención al usuario.

CUIDADOS GENERALES:

- Valorar el estado de salud del usuario para iniciar el plan de actividades.
- Prepararlo psicológicamente, explicándole el procedimiento o tratamiento que se le va a practicar.
- Facilitar privacidad y evitar exposiciones innecesarias.
- Facilitar al usuario el mayor grado de comodidad y seguridad.
- Evitar lesiones y traumatismos por el uso de anillos y uñas largas.
- Manejar con cuidado los equipos que se estén utilizando con el usuario.
- Brindar comodidad al usuario al terminar todo procedimiento.

PRECAUCIONES PARA TODOS LOS PROCEDIMIENTOS:

- Controlar las indicaciones médicas y realizar el plan de cuidados de enfermería.
- Revisar la técnica del procedimiento a realizarse.
- Lavarse las manos antes, (lavado clínico) y después de realizar las actividades de enfermería.
- Preparar y revisar el equipo, antes de llevarlo a la unidad del usuario.
- Realizar las actividades de enfermería, siempre con la asepsia correspondiente.
- El ambiente físico quedará ordenado al terminar las actividades de enfermería.

CUIDADOS CON EL EQUIPO:

- Retirar el equipo una vez concluida las actividades de enfermería.
- Realizar la limpieza de los materiales y equipos empleados, de acuerdo con la clase de material de que están fabricados y el uso al que han sido sometidos.
- Colocar el equipo en su lugar.

DEFINICIÓN DE ASEPSIA: Es la ausencia de todos los microorganismos que producen enfermedades. En el cuidado de los usuarios se practica asepsia, tanto médica como quirúrgica.

ASEPSIA MÉDICA: Significa prevenir las condiciones que permiten que los microorganismos patógenos vivan, se multipliquen y se extiendan.

ASEPSIA QUIRÚRGICA: Son las técnicas que se llevan a cabo para evitar que los microorganismos salgan de un área determinada.

LOS OBJETIVOS PRINCIPALES DE LA ASEPSIA MÉDICA SON LOS SIGUIENTES:

- Proteger al usuario contra la infección por segunda vez por el mismo microorganismo. Esto se llama reinfección.
- Proteger al individuo contra la infección por un tipo nuevo o diferente de microorganismo a partir de otro individuo o un miembro del personal de salud. Esto se llama Infección cruzada.
- Proteger a todos los demás sujetos y al personal de salud contra la infección por microorganismos que pasan de una persona a otra, del personal al usuario o de este al personal.
- Proteger al usuario contra la infección por sus propios microorganismos. Esto se llama autoinoculación.

II. ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA RELACIONADAS CON EL INGRESO DEL USUARIO AL HOSPITAL.

RECEPCIÓN DEL USUARIO

DEFINICIÓN:

Es la atención que se da al usuario que ingresa al servicio de salud.

OBJETIVOS:

- Disminuir la tensión emocional del usuario.
- Obtener la información necesaria acerca de su situación clínica por medio del interrogatorio.
- Determinar las prioridades en la valoración para la planeación de actividades de la enfermería.
- Dar orientación al usuario sobre examen físico, reglamento del servicio si se interna, para obtener su colaboración.

EQUIPO:

- Equipo para toma y registro de temperatura, tensión arterial y peso.
- Historia clínica.
- Ropa para el usuario, si es necesario.

PROCEDIMIENTO:

- Reciba la historia clínica e indicación de consulta u hospitalización. Revise estos documentos para asegurarse de que corresponden al usuario.
- Saludarle cordialmente por su nombre, y preséntese.
- Explique y prepare psicológicamente al usuario para los procedimientos.
- Coloque al usuario en la posición más adecuada y segura (asiento, camilla, cama, etc.)
- Traiga el equipo necesario.
- Tome la temperatura, pulso, respiración, tensión arterial y haga las anotaciones. Llene los encabezamientos de las hojas de la historia clínica con los datos exactos del usuario.
- Oriente al usuario dentro de la planta física donde se encuentra.
- Determine las condiciones generales del usuario.
- Registre la actividad de acuerdo a las normas.

ANOTACIONES EN EL REGISTRO CLÍNICO:

- Servicio por el cual ingresa el usuario.
- Condiciones en que llega.
- Signos vitales y otras actividades realizadas.
- Observaciones especiales.

VALORACIÓN DE SIGNOS VITALES

DEFINICIÓN:

Los signos vitales, es decir, la temperatura, el pulso, la frecuencia respiratoria, la presión sanguínea y la saturación de oxígeno, indican cual es el estado de salud del usuario.

Cuando el cuerpo no funciona en forma normal, ocurren cambios en los signos vitales. Al registrar las cifras, escriba con cuidado. Asegúrese que su letra sea clara y legible.

Las abreviaturas comunes para los signos vitales son las siguientes:

- Temperatura : T
- Pulso : P
- Respiración : R
- Presión Arterial : PA

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

IMPORTANCIA:

- Proporciona datos que pueden utilizarse para determinar el estado general de salud del usuario.
- Cualquier alteración de los signos vitales puede suponer la necesidad de actuar desde el punto de vista de enfermería.
- Representa un método rápido y eficaz de efectuar un seguimiento de la enfermedad o de identificar los problemas existentes y de evaluar las respuestas del usuario.

VALORACIÓN DE LA TEMPERATURA

DEFINICIÓN:

La temperatura corporal es la diferencia entre la cantidad de calor producida por los procesos corporales y la cantidad de calor perdida al medio ambiente externo.

BASES CIENTÍFICAS

- La temperatura corporal participa de un equilibrio regulado con precisión por una serie de mecanismos fisiológicos y conductuales. Para que la temperatura corporal se mantenga constante, y dentro de los límites normales, debe mantenerse la relación entre la producción de calor y la pérdida de calor.
- El hipotálamo, situado entre los dos hemisferios cerebrales, controla la temperatura corporal. El hipotálamo percibe incluso los cambios mínimos en la temperatura corporal. El hipotálamo anterior controla las pérdidas de calor, mientras que el hipotálamo posterior controla la producción de calor.
- El normal funcionamiento de los procesos de producción de calor es la termorregulación.
- Los mecanismos de control de la temperatura de los seres humanos mantienen la temperatura central del cuerpo o la temperatura de los tejidos profundos, relativamente constante, mientras que la temperatura superficial oscila dependiendo del flujo sanguíneo a la piel y de la cantidad de calor perdido hacia el medio externo. Debido a estas oscilaciones de la temperatura superficial, la temperatura aceptable de los seres humanos varía entre 36 ° y 38° C .

LUGARES DE MEDIDA DE LA TEMPERATURA CENTRAL Y SUPERFICIAL :

<i>Central</i>	<i>Superficial</i>
- Rectal	- Cutánea
- Membrana timpánica	- Axilar
- Esofágica	- Oral
- Arteria pulmonar	
- Vejiga urinaria	

FACTORES QUE AFECTAN A LA TEMPERATURA CORPORAL

EDAD:

La temperatura del R.N, oscila normalmente entre 36,5 ° y 37 ° (axilar).

La regulación de la temperatura , es lábil durante la infancia, dada la inmadurez de los mecanismos fisiológicos. Esta situación se prolonga hasta la pubertad. Con la edad la temperatura media normal es más baja que en la juventud. Así pues, una temperatura normal en un adulto joven puede corresponder a un estado febril en el anciano.

El anciano tiene un margen más estrecho de la temperatura corporal que el adulto más joven.

EJERCICIOS:

Cualquier tipo de ejercicio puede elevar la temperatura corporal.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

El ejercicio extenuado y prolongado puede elevar transitoriamente la temperatura corporal por encima de 41 ° C.

FACTORES HORMONALES:

Las mujeres suelen presentar mayores variaciones de temperatura corporal que los varones.

Los cambios hormonales en la ovulación y durante la menstruación producen fluctuaciones en la temperatura corporal.

VARIACIONES DIARIAS:

La temperatura corporal cambia normalmente de 0,5 ° a 1 ° C, a lo largo de las 24 hs. del día .

La temperatura desciende entre la 1 y las 4 de la madrugada y alcanza su valor máximo entre 16 y la 19 hs. de la tarde en usuarios que trabajan durante el día y duermen durante la noche.

ESTRÉS: El estrés físico o emocional, como la ansiedad, puede elevar la temperatura corporal.

AMBIENTE: Las temperaturas extremas del ambiente pueden incrementar o reducir la temperatura corporal. Estos cambios dependen del grado de exposición, de la humedad del aire.

INGESTA DE LÍQUIDOS CALIENTES / FRÍOS:

Las bebidas calientes o frías pueden dar lugar a ligeras variaciones en los valores reales.

TABACO: El consumo de cigarrillos o de puros puede elevar los registros de la temperatura corporal.

PATRONES DE LA FIEBRE

MANTENIDA: Elevación persistente durante 24 hs., variando en 1 ° o 2 ° C.

INTERMITENTE: Picos febriles intercalados con niveles de temperatura normales. La temperatura se normaliza al menos una vez en 24 hs.

REMITENTE: Picos febriles y descensos sin recuperación de niveles de temperatura normales.

RECURRENTE: Periodos de episodios febriles y los periodos de temperatura normal pueden ser superiores a 24 hs.

ALTERACIONES DE LA TEMPERATURA

- **FIEBRE:** La hiperpirexia o fiebre se produce porque los mecanismos de pérdida de calor son incapaces de seguir el ritmo de una producción exagerada de calor, dando lugar a una elevación anormal de la temperatura corporal. La fiebre no suele ser peligrosa si se mantiene por debajo de 39 ° C. Se recomienda que para detectar la fiebre, se realicen varios registros de la temperatura en momentos diferentes del día y se comparan con los valores normales, todo ello sumado a la búsqueda de signos y síntomas de infección.

- **HIPOTERMIA:**
La pérdida de calor durante exposiciones prolongadas al frío sobrepasa la capacidad del organismo para producir calor.

SITIOS DE MEDICIÓN DE LA TEMPERATURA

● **BUCAL U ORAL:**

Proporciona una lectura de la temperatura superficial exacta. Indica cambios rápidos en la temperatura central. No se recomienda su utilización de rutina por el peligro de que el usuario muerda y rompa el termómetro.

INCONVENIENTES:

- Luego de la ingesta de alimentos o líquidos, el humo y la administración de oxígeno.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- En usuarios sometidos a cirugía oral, traumatismos, historia de epilepsia o escalofríos, exceso de tos.
- No debe utilizarse en lactantes ni niños pequeños.
- En usuarios en estado de confusión, inconsciente, o que no cooperan.

PROCEDIMIENTO:

□ **Reúna su equipo:**

- a) Termómetro bucal en frasco seco.
 - b) Pañuelo desechable, toalla de papel o algodón seco.
 - c) Registro de temperatura.
 - d) Bolígrafo o lápiz.
- Lávese las manos
 - Identifique al usuario
 - Explíquelo el procedimiento
 - Pregúntele si hace poco ha bebido líquidos calientes, fríos o ha fumado. Si la respuesta es afirmativa, espere 10 minutos antes de medir la temperatura.
 - El usuario deberá estar en cama o sentado en una silla.
 - Saque el termómetro de su recipiente.
 - Sacuda el termómetro para bajar el mercurio.
 - Con suavidad ponga el bulbo en la boca debajo de la lengua. Pídale a la persona que conserve la boca y labios cerrados.
 - Deje el termómetro en la boca durante 3 minutos.
 - Saque el termómetro de la boca. Sostengalo por el cuerpo y lea la graduación del termómetro.
 - Registre la temperatura hallada.
 - Sacuda el mercurio hacia abajo. Ponga nuevamente el termómetro en su recipiente.
 - Deje cómodo al usuario.
 - Lávese las manos

TEMPERATURA AXILAR:

Segura y no invasiva. Puede utilizarse en R.N y usuarios que no colaboran.

EQUIPO:

Bandeja con:

- Termómetro axilar en recipiente con torundas secas.
- Bolsa para desperdicios.
- Libreta y lápiz.

PROCEDIMIENTOS:

- Lávese las manos.
- Tome el termómetro y un algodón seco; límpielo de la ampolla de mercurio hacia la mano, con movimientos circulares.
- Observe que la columna de mercurio esté marcado por debajo de 35 ° C.
- Coloque el termómetro de modo que la ampolla del mercurio quede en el centro de la axila. Haga que el usuario lo sostenga suavemente colocando la mano sobre el pecho o sostenga el brazo. En el niño se puede colocar el termómetro en el pliegue inguinal. Déjelo cinco minutos.
- Retire el termómetro, límpielo con algodón seco del extremo opuesto hacia la ampolla del mercurio.
- Lea la temperatura.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- Coloque el termómetro en el recipiente indicado.
- Anote la temperatura en la libreta.
- Lavarse las manos.

ANOTACIONES EN LA HISTORIA CLÍNICA

- Anote la temperatura con lápiz rojo en la gráfica u hoja de signos vitales.
- Si el control de la temperatura se hace a intervalos más frecuentes haga la anotación con tinta en la hoja de la enfermera, o en la hoja dispuesta para este fin.

TEMPERATURA RECTAL:

Recuerde que siempre usará usted un termómetro rectal para medir las temperaturas. Note que tiene un pequeño bulbo redondo en su extremo, que impide que el termómetro lesione el revestimiento sensible del recto.

BAJO LAS CONDICIONES SIGUIENTES, SE MIDE EN FORMA AUTOMÁTICA LA TEMPERATURA RECTAL:

- Cuando el usuario es un lactante o niño/a menor de 12 años.
- Cuando al individuo se le están haciendo aplicaciones tibias o frías en la cara o cuello.
- Cuando a la persona le es difícil respirar por la nariz.
- Cuando la persona sufre excesos de tos o estornudos.
- Cuando la boca de la persona está seca o inflamada.
- Cuando la persona está intranquila, en delirio, inconsciente o confundida.
- Cuando se le administra oxígeno.
- Cuando se le ha colocado una sonda nasogástrica.
- Cuando la persona ha sido sometida a cirugía mayor en la zona de cara o cuello.
- Cuando hay parálisis parcial en la cara.
- Se argumenta que es más fiable cuando no se puede conseguir la temperatura oral.

INCONVENIENTES:

- No debe ser utilizada en usuarios que han sido sometidos a cirugía rectal, en enfermedades rectales, tendencia a la hemorragia y enfermedades cardíacas.
- Puede ser origen de turbación y ansiedad para el usuario.
- Contraindicada en recién nacidos.

PROCEDIMIENTO:

- Reúna su equipo:
 - a) Termómetro rectal en su recipiente con torundas seca.
 - b) Pañuelo desechable, toalla de papel o algodón seco.
 - c) Lubricante
 - d) Registro de temperatura
 - e) Guantes desechables (optativo)
- Lávese las manos
- Identifique al usuario
- Explíquelo al usuario el procedimiento
- Saque el termómetro de su recipiente.
- Sostenga el termómetro por el extremo del cuerpo. Sacúdalo hasta que el mercurio baje por debajo de los 35 ° C.
- Ponga una pequeña cantidad de lubricante en un pedazo de pañuelo desechable. Luego aplíquelo al bulbo del termómetro.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- Coloque al usuario de costado. Con una mano, levante la nalga superior hasta que pueda ver el ano. Con la otra mano inserte con suavidad el bulbo 2 cm en el recto.
- Si el usuario es un niño / a, quítele el pañal. Ponga al niño / a de espaldas. Levántele las piernas con una mano. Inserte el termómetro con la otra mano 1 cm dentro del recto.
- Siempre sostenga el termómetro mientras esté en el recto del niño / a.
- Sostenga el termómetro en su sitio durante 3 minutos.
- Saque el termómetro del recto. Sostengalo por el extremo del cuerpo, frótelo con un pañuelo desechable o algodón seco del cuerpo hacia el bulbo, para quitar las partículas de heces.
- Lea el termómetro.
- Registre la temperatura hallada

VALORACIÓN DEL PULSO

DEFINICIÓN:

Es la percepción de los latidos de una arteria sobre una saliente ósea. Es el recuento que se hace por medio de la palpación, de las dilataciones (pulsaciones) de la pared arterial, al paso de la onda sanguínea durante un minuto.

BASES CIENTÍFICAS:

Los impulsos eléctricos que se originan en el nódulo sino auricular (SA) son transmitidos a través del músculo cardiaco y desencadenan las contradicciones del corazón.

Con cada contracción ventricular entran en la aorta aproximadamente entre 60 y 70 ml, de sangre (volumen sistólico). En el adulto, el corazón bombea normalmente 5000 ml de sangre cada minuto.

SITIOS DE MEDICIÓN DEL PULSO

RADIAL: Se localiza en la parte interna de la muñeca, del lado del pulgar, en donde esta arteria pasa sobre el radio.

HUMERAL: Surco entre los músculos bíceps y tríceps, en la fosa ante cubital (flexsura del brazo).

TEMPORAL: Sobre el hueso temporal de la cabeza, por encima y ambos lados de los ojos.

FEMORAL: Por debajo del ligamento inguinal, equidistante de la sínfisis del pubis y de la espina iliaca anterosuperior.

PEDIO: Puede sentirse a lo largo de la parte superior del pie, entre los tendones extensores de los dedos primero y segundo del pie.

CARÓTIDA: En el cuello, a lo largo del borde medial del músculo esternocleidomastoideo.

APICAL: Cuarto y quinto espacio intercostal, a la altura de la línea medio clavicular izquierda.

CUBITAL: Se encuentra en el lado opuesto del radial en la muñeca.

TIBIAL POSTERIOR: En la cara interna del tobillo.

POPLÍTEO: En la cara interna de la parte posterior de la rodilla.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

FRECUENCIAS CARDIACAS NORMALES

<i>Edad</i>	<i>Frecuencia cardiaca (latidos x minuto)</i>
Lactantes	120 – 160 / min
Niños que comienzan a andar	90 – 140 / min
Edad – pre escolar	80 – 110 / min
Edad escolar	75 – 100 / min
Adolescentes	60 – 90 / min
Adultos	60 – 100 / min

FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS FRECUENCIAS DEL PULSO

Factor	Aumento de la frecuencia del pulso	Disminución de la frecuencia del pulso.
Ejercicio	Ejercicio a corto plazo	El ejercicio a largo plazo
Temperatura	Fiebre y calor	Hipotermia
Emociones	Dolor agudo, ansiedad	Dolor intenso
Fármacos	Atropina	Digitalicos
Hemorragia	Pérdida de sangre, aumenta la estimulación simpática.	
Cambios posturales	Ponerse de pie o sentarse	Estar acostado
Trastornos pulmonares	Enfermedades que provocan una mala oxigenación	
Edad	Lactantes - Niños	Adulto - anciano

PROCEDIMIENTO:

- Reúna su equipo
 - a) Reloj con segundero
 - b) Libreta y lápiz
- Lávese las manos
- Explicar al usuario que se va a valorar el pulso, recomendarle que se relaje y que no hable. Si el usuario ha realizado alguna actividad, esperar de 5 a 10 minutos.
- Haga descansar sobre un plano firme el brazo o sobre la parte superior del tórax extender la muñeca ligeramente, con la palma hacia abajo.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- Localice la arteria, haga presión suave con los dedos índice, medio y anular; cuente el número de las pulsaciones en un minuto, rectifique o en otro minuto.
- Observe cualquier anomalía en tensión, frecuencia y ritmo.
- Anote el número de pulsaciones por minuto.
- Lávese las manos.

ANOTACIONES EN LA HISTORIA CLÍNICA:

- 1) Anote el pulso con lápiz azul, en la gráfica u hoja de signos vitales.
- 2) Haga la anotación en la hoja de enfermería si el control de pulso se hace a intervalos mas frecuentes, lo mismo si encuentra alguna alteración en frecuencia, ritmo, dureza, intensidad del pulso.

VALORACIÓN DE TENSION ARTERIAL

DEFINICIÓN:

Es la fuerza con la cual el corazón impulsa la sangre hacia el torrente circulatorio (impulso ventricular) y la resistencia que ofrecen las pequeñas arterias en la periferia (resistencia periférica), dan cierta presión en las arterias que se conocen como presión o tensión arterial.

BASES CIENTÍFICAS

En las arterias existe siempre cierto grado de presión. Esto se debe a que el corazón, al bombear, constantemente impulsa sangre para que circule. La sangre penetra primero en las arterias. Luego circula a través de todo el cuerpo. El grado de presión en las arterias varia según los dos aspectos siguientes:

- La frecuencia del latido cardiaco.
- La facilidad con que fluye la sangre a través de los vasos sanguíneos.

El corazón se contrae a medida que bombea la sangre hacia las arterias. Cuando el corazón está en contracción, la presión es mayor. Esta presión se llama **PRESIÓN SISTÓLICA**.

Cuando el corazón se encuentra más relajado, la presión es menor. Esta presión se llama **PRESIÓN DIASTÓLICA**.

Cuando la presión arterial del individuo es mayor que los límites normales en relación a su edad y estado, se llama **PRESIÓN ALTA O HIPERTENSIÓN**. Cuando la presión arterial es menor que los límites normales en relación a su edad o estado, esto se llama presión **BAJA O**

HIPOTENSIÓN.

FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE LA PRESIÓN ARTERIAL.

Edad: tiende a aumentar al avanzar la edad.

Estrés: La ansiedad, el miedo, el dolor puede incrementar la presión sanguínea debido al aumento de la frecuencia cardiaca y de la resistencia vascular periférica.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

Sexo: Después de la menopausia las mujeres tienden a presentar niveles de presión arterial mas elevados que los hombres de su misma edad. Después de la pubertad los varones presentan valores más altos.

Raza: La incidencia de hipertensión es superior en la raza negra que en la raza blanca, lo cual responde a factores genéticos y ambientales.

Variación diaria: Consiste en un descenso de la presión sanguínea por la mañana, elevándose a lo largo del día, para alcanzar su pico máximo por la tarde o al final de esta y descender finalmente por la noche.

Medicamentos: Los antihipertensivos, diuréticos, los bloqueantes betaadrenérgicos, los vasodilatadores, los inhibidores de la ECA y los bloqueantes de los canales del calcio, reducen la presión sanguínea.

Comida: Los ancianos experimentan a menudo un descenso de la presión sanguínea después de comer.

INSTRUMENTOS PARA MEDIR LA PRESIÓN ARTERIAL:

VALORES DE LA PRESIÓN ARTERIAL SEGÚN LA EDAD.

Recién nacido	40 (media)
1 mes	85/54
1 año	95/65
6 años	105/65
10 – 13 años	110/65
14 – 17 años	120/75
Adultos de media edad	120/80
Ancianos	140 – 160 / 80 – 90

PROCEDIMIENTO:

□ Reúna su equipo:

- Esfigmomanómetro (aparato de presión)
 - Estetoscopio
 - Algodón seco
 - Registro o libreta
 - Bolígrafo o lápiz
-
- Lávese las manos
 - Identifique al usuario
 - Coloque al usuario en forma cómoda, en decúbito dorsal (acostado sobre la espalda) y explique al usuario el procedimiento a llevar a cabo.
 - Elegir el lugar ideal para obtener la medida de la presión arterial.
 - El brazo del usuario, el codo hacia abajo, deberá descansar bien extendido sobre la cama, o sobre el brazo de la silla o sobre su propia cadera, bien sostenido y con la palma hacia arriba.
 - Desenrolle el brazalete y afloje la válvula. Luego oprima la bolsa de compresión para desinflarla por completo.
 - Envuelva el brazalete ajustado y sin arrugas alrededor del brazo y arriba del codo. No obstante, no lo envuelva tan ceñido que la persona está molesta por la presión.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- Deje sin cubrir la zona en que pondrá la campana del estetoscopio.

Asegúrese que el manómetro está en posición apropiada para que pueda leer los números con facilidad.

- Colóquese el estetoscopio.
- Con las yemas de los dedos, encuentre el pulso humeral en la cara interna del brazo por arriba del codo (arteria humeral). La campana del estetoscopio deberá sostenerse con firmeza contra la piel de este sitio, pero no deberá tocar el brazalete del aparato.
- Apriete el tornillo de la válvula para cerrarlo. Gíralo en dirección de las manecillas del reloj. Tenga cuidado de no apretarlo demasiado.
- Sostenga el estetoscopio en su sitio. Infle el brazalete hasta que la aguja indique 170.
- Abra la válvula en dirección contraria a las manecillas del reloj. Deje salir el aire poco a poco hasta que reaparezca el ruido del pulso.
- Tome nota de la cifra donde Usted escucha el primer ruido. Este punto indica la presión sistólica.
- Siga liberando aire del manguito. Cuando los ruidos cambien a un golpe más suave y rápido o desaparezcan, tome nota del número. Esta es la presión diastólica.
- Desinfla el brazalete por completo.
- Retire el brazalete. Limpie los auriculares del estetoscopio.
- Utilizar un brazalete de 12 a 14 cm de ancho para adultos y de 7 cm para niños.
- Lávese las manos al terminar el procedimiento.

ANOTACIONES EN LA HISTORIA CLÍNICA

Registrar la presión arterial en la hoja de enfermería o en la gráfica de signos vitales.

VALORACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN MIEMBROS INFERIORES:

Este procedimiento se utiliza cuando es imposible tomarla en miembros superiores o cuando se necesita conocer la diferencia de tensión entre miembros superiores e inferiores.

- Coloque al usuario en forma cómoda en decúbito dorsal o ventral.
- Descubra el muslo y coloque el brazalete, aproximadamente dos dedos arriba del hueso poplíteo.
- Continúe el procedimiento igual al de presión arterial en miembros superiores.

VALORACIÓN DE LA RESPIRACIÓN

DEFINICIÓN

Respiración es un término que se utiliza para indicar el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono que se lleva a cabo en los pulmones y tejidos (entre la sangre y las células del cuerpo).

BASES CIENTÍFICAS

- La respiración consiste en la ventilación (movimientos de los gases de los pulmones al exterior y viceversa). La Difusión (movimiento de oxígeno y anhídrido carbónico entre los alvéolos y los hematíes). La Perfusión (la distribución de hematíes hacia y desde los capilares pulmonares).
- El cuerpo humano debe contar con un suministro constante de aire. Necesita el oxígeno en el aire para transformar el alimento en calor y energía.
- Cuando se respira, penetra aire en los pulmones, en donde el oxígeno es extraído del aire. El oxígeno se absorbe hacia la sangre. Luego la sangre lleva el oxígeno a las células corporales. En estas el oxígeno se usa para producir energía para el cuerpo (oxidación).

VALORES NORMALES DE FRECUENCIA RESPIRATORIA.

Edad	Frecuencia
Recién Nacido	35- 40 / min.
Lactante (6 meses)	30- 50/ min.
Niños que comienzan a andar	25-32/ min.
Niños	20-30/ min.
Adolescentes	16-19/ min.
Adultos	12-20/ min.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS CARACTERÍSTICAS DE LA RESPIRACIÓN:

Ejercicio: aumenta la frecuencia y la profundidad de la respiración.

Dolor agudo: aumenta la frecuencia y la profundidad de la respiración

Ansiedad.

Tabaco: Produce cambios de las vías aéreas pulmonares lo que condiciona un aumento de la frecuencia respiratoria.

Posición del cuerpo: En posición erguida se favorece la expansión completa del tórax, en posición agachada o encorvada, los movimientos respiratorios se ven obstaculizados.

Medicamentos: Los analgésicos narcóticos y sedantes deprimen la frecuencia y profundidad de las respiraciones. Las anfetaminas y la cocaína también.

Lesión del tronco del encéfalo: Una lesión del tronco del encéfalo altera el centro respiratorio e inhibe la frecuencia y el ritmo respiratorio.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

ALTERACIONES DEL PATRÓN RESPIRATORIO:

ALTERACIÓN	DESCRIPCIÓN
Bradipnea	La frecuencia de la respiración es regular, pero anormalmente lenta (inferior a 12 respiraciones por minutos)
Taquipnea	Es anormalmente rápida (superior a 20 respiraciones por minuto)
Hiperpnea	Está aumentando la profundidad de las respiraciones. Se produce normalmente durante el ejercicio
Apnea	Las respiraciones se interrumpen durante varios segundos. Si el cese es persistente da lugar a una parada respiratoria.
Hiperventilación	La frecuencia y profundidad de la respiración aumenta. Se puede producir hipocapnia.
Hipoventilación	La frecuencia respiratoria es anormalmente lenta y la profundidad de la ventilación puede estar deprimida. Se puede producir hipercapnia.
Respiración de Cheyne – Stokes	El ritmo y la profundidad respiratoria son irregulares, caracterizándose por períodos alternantes de apnea e hiperventilación. Tiene un comienzo lento y superficial que aumenta progresivamente hasta alcanzar una profundidad y frecuencia anómala.
Respiración de Kussmaul	Las respiraciones son normalmente profundas, pero regulares. Este tipo de respiración es característico de usuarios con cetoacidosis diabética.
Respiración de Biot	Respiraciones anormales superficiales durante dos o tres respiraciones, seguidas de un periodo irregular de apnea.

PROCEDIMIENTO:

- Reúna su equipo
- Reloj con segundero
- Registro o libreta
- Bolígrafo o lápiz
- Lávese las manos.
- Identifique al usuario.
- Sostenga la muñeca del usuario como si midiera el pulso. De esta manera, no sabrá que observa Usted su respiración. Cuente las respiraciones inmediatamente después de la frecuencia del pulso.
- Si el usuario es un niño que ha estado llorando o se encuentra intranquilo, espere hasta que esté tranquilo antes de contar las respiraciones. Si el niño / a esta dormido, cuéntelas antes que despierte. Siempre cuente el pulso y las respiraciones del niño / a antes de medir la temperatura. (La mayoría de los niños se intranquilizan cuando se les toma la temperatura).
- Un ascenso y un descanso del pecho del sujeto equivale a una respiración.
- Registre la cifra hallada.
- Lávese las manos.

CONTROLES ANTROPOMÉTRICOS (PESO Y TALLA)

VALORACIÓN DE PESO Y TALLA EN NIÑOS/AS

DEFINICIÓN: Es la verificación del peso y talla del niño para acompañar la evolución del desarrollo y calcular la superficie corpórea (crecimiento). En el caso de niños hospitalizados, sirve también para relacionar estos datos con la posología de medicamentos y calcular la alimentación.

BASES CIENTÍFICAS:

- Una buena dieta puede proporcionar los minerales y vitaminas necesarios.
- El ritmo de crecimiento en la edad escolar es mas lento que en la lactancia o de lo que será en la adolescencia.
- La obesidad es muy común en todos los grupos raciales y entre ricos y pobres, en la etapa anterior a la adolescencia, suele deberse a malas costumbres alimentarias, aunque hoy en día no puede descartarse la herencia como factor en la obesidad.

MATERIALES Y EQUIPOS:

- Balanza infantil
- Aparato de medición de talla
- Mesa de examen
- Sabanita
- Ficha del usuario

PROCEDIMIENTO:

- Infórmese de la identidad del niño/a y confirme el peso y altura ya conocidas.
- Evite corrientes de aire en el ambiente.
- Lávese las manos, forre el cesto de la balanza y la mesa de examen con una sabanita.

Etapas I: Verificación del peso:

- Prepare la balanza de conformidad con las siguientes instrucciones:
- Coloque las pesas de las escalas de kilogramos y gramos en cero.
- Coloque al niño/ a en el centro del cesto de la balanza, asegurándose con una de las manos, y con la otra destrabe la balanza y coloque la pesa de kilogramos en el lugar del número correspondiente al peso conocido o estimado.
- Mueva la pesa de la escala de gramos, nivele el fiel apartando simultáneamente la mano que estaba sobre el cuerpo del niño/ a. Asegure la criatura y lea en las dos escalas el valor obtenido.
- Vuelva a colocar al niño/ a sobre la mesa de examen y protéjala con un pañal.

¡NUNCA DEJE AL NIÑO/ A SOLO, PÉSELA SIEMPRE A LA MISMA HORA Y EN AYUNAS!.

Etapas II: Verificación de altura:

- Aparte el resguardo móvil del aparato de medición a una distancia mayor que el largo de la criatura, aproxime el aparato al cuerpo de la criatura y apoye su cabeza en el resguardo fijo. Mantenga el cuerpo y los miembros del niño/ a en línea recta.
- Aproxime el brazo móvil del aparato de medición hasta apoyarlo en la planta de los pies y lea en la escala graduada la altura encontrada.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- Retire el aparato de medición y cierre aproximando el brazo móvil al resguardo fijo.
- Vista al niño/ a.
- Lávese las manos y registre los valores encontrados.

VALORACIÓN DE PESO Y ALTURA EN ADULTOS

DEFINICIÓN: Es la forma de determinar cuantitativamente el peso de un individuo.

BASES CIENTÍFICAS:

- El estado de salud general de una persona puede reflejarse por su peso y altura.
- Normalmente, el peso de una persona varía diariamente debido a la pérdida o retención de líquidos.
- Una ingesta calórica exageradamente limitada, el abuso de laxantes o el ejercicio exagerado, pueden ser signos alarmantes de anorexia o bulimia.
- Aunque la determinación del peso corporal puede convertirse en una rutina, es preciso tener cuidado para asegurarse de su exactitud, ya que importantes decisiones médicas y de enfermería se basan en los cambios de peso.
- Debe ser realizada en la misma hora del día, en la misma balanza y con el mínimo de ropa.

EQUIPO:

- Balanza
- Tallímetro
- Libreta y lápiz

PROCEDIMIENTO PARA EL PESO:

- Conocer el funcionamiento de la balanza y su graduación en kilos.
- De ser posible utilizar la misma balanza.
- Colocarla en piso firme y sin desnivel.
- Equilibrar la balanza.
- Pesar al individuo con el mínimo de ropa, quitando los zapatos.
- Haga que el usuario se coloque en la plataforma.
- Pregunte o calcule el peso aproximado y desplace la pesa de los kilos hasta la marca correspondiente al peso calculado, si la aguja indicadora o fiel cae, devuélvalo a la marca anterior.
- Desplace la pesa de los gramos hasta conseguir el equilibrio de la aguja indicadora (fiel), estado en el cual se determina el peso.
- Haga que el usuario se coloque recto en posición erguida, mirando de frente, con los talones juntos y determine la medida.
- Dejar la pesa en cero al terminar el procedimiento.

PROCEDIMIENTO PARA LA ALTURA:

- Se coloca una varilla o una cinta métrica verticalmente sobre la bascula o en la pared, si no se cuenta con balanza c/ tallímetro.
- Se pide al sujeto que se mantenga erguido, adoptando una postura correcta.
- En los dispositivos de medición de altura de plataforma suele haber una varilla metálica, sujeta por detrás de la escala vertical, que se proyecta por encima de la coronilla de la cabeza del sujeto.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- Cuando no se dispone de escala, se puede colocar una regleta o un libro sobre la cabeza del sujeto. Colocando la varilla o regleta en posición horizontal y formando un ángulo de 90 ° con la escala de medición, se puede medir la altura del sujeto.
- Levante la traba y gire el dispositivo de calibración hacia la izquierda y la derecha hasta que el fiel de la balanza quede nivelado.
- Baje la traba.

POSICIONES TERAPÉUTICAS

DEFINICIÓN: Es el proceso de colocar al usuario en la cama en alineación corporal.

OBJETIVOS:

- Contribuir al buen funcionamiento del organismo.
- Colocar al usuario en la posición requerida para un determinado examen o tratamiento.
- Prevenir complicaciones ocasionadas por posturas incorrectas.
- Proporcionar confort al usuario.

PRECAUCIONES Y / O RECOMENDACIONES:

- Evaluar la condición del usuario antes de movilizar y cerciórese si necesita ayuda.
- Cambie de posición al usuario cada dos horas o según orden médica.

DECÚBITO DORSAL (SUPINO)

EQUIPO:

- Almohada
- Rollos para las manos si es necesario y los tobillos

PROCEDIMIENTOS:

- Ponga la cama en posición horizontal.
- Coloque al usuario sobre su espalda con la columna vertebral en alineación recta.
- Ayúdalo a bajar hacia la silla flexionando las caderas y rodillas.
- Asegúrese que el usuario haya quedado apoyado en el respaldo de la silla.

DECÚBITO VENTRAL (PRONO)

EQUIPO:

- Almohadas.
- rollos para las manos si es necesario.

PROCEDIMIENTO:

- Ponga la cama en posición horizontal.
- Coloque al usuario sobre el costado izquierdo o derecho.
- Volteelo sobre el abdomen suavemente manteniendo la alineación del cuerpo.
- Coloque la cabeza en rotación lateral sin almohada.
- Coloque los brazos horizontales a cada lado del cuerpo o flexionados cerca de la cabeza.
- Coloque los pies del usuario en el espacio que queda entre el colchón, el piecero. de la cama o utilice rollos bajo sus tobillos.

DECÚBITO LATERAL

EQUIPO:

- Almohadas.
- Rollos para las manos si es necesario.

PROCEDIMIENTO:

- Ponga la cama en posición horizontal.
- Voltee al usuario sobre el costado izquierdo o derecho.
- Coloque una almohada bajo su cabeza y otra a lo largo de la espalda.
- Coloque el brazo de abajo, flexionado hacia delante del cuerpo.
- Flexione el brazo de arriba y apóyelo sobre una almohada frente al cuerpo.
- Flexione la pierna de arriba a la altura de la cadera y coloque una almohada debajo de la pierna.

POSICIÓN DE SIMS

EQUIPO:

- Almohadas.
- Rollos para las manos si es necesario.

PROCEDIMIENTO:

- Voltee al usuario sobre el lado derecho o izquierdo.
- Coloque una almohada bajo la cabeza y a lo largo del abdomen, de manera que el brazo de abajo quede extendido a lo largo de la espalda.
- Flexione el brazo de arriba por el hombro y el codo.
- Flexione la pierna superior desde cadera y rodilla.
- Flexione ligeramente la pierna de abajo.

POSICIÓN DE FOWLER

EQUIPO:

- Almohadas
- Rollos para las manos si es necesario

PROCEDIMIENTO:

- Ponga la cama en posición horizontal.
- Coloque al usuario de espalda a la cama.
- Eleve la cabecera de la cama a un ángulo mayor de 45 °.
- Coloque una almohada debajo de la cabeza del usuario.
- Coloque una almohada en el piecero de la cama apoyando los pies.

POSICIÓN GENUPECTORAL

OBJETIVOS:

- Facilitar la visualización en exámenes de recto y colon.
- Mantener una posición adecuada en operaciones quirúrgicas del recto.

PROCEDIMIENTO:

- Haga que el usuario se arrodille sobre la cama y se incline hacia delante.
- Apoye el tórax del usuario sobre la cama con los brazos flexionados a los lados de la cabeza.
- Coloque una almohada bajo su cabeza.
- Cubra al usuario dejando visible solo la región a examinar.

LITOTOMÍA O GINECOLÓGICA

OBJETIVO:

- Realizar operaciones y exámenes de los aparatos urinario y reproductor.

PROCEDIMIENTO:

- Coloque al usuario de espalda sobre la cama.
- Eleve las rodillas y separe las piernas.
- Cubra al usuario dejando visible solo la región a examinar.

POSICIÓN DE TRENDELENBURG

OBJETIVOS:

- Proporcionar oxigenación hacia el cerebro.
- Restablecer el retorno venoso.

PROCEDIMIENTO:

- Coloque al usuario en posición decúbito dorsal.
- Eleve el piecero de la cama a 45 ° manteniendo las piernas del usuario extendidas hacia arriba.

Asegúrese que los hombros y la cabeza queden más bajo que las caderas y las piernas.

III. ACTIVIDADES EN ENFERMERÍA EN EL EXAMEN FÍSICO

DEFINICIÓN: Es una revisión de la cabeza a los pies de cada uno de los sistemas corporales que ofrecen información objetiva acerca del sujeto.

BASES CIENTÍFICAS:

El examen de la enfermera se centra en:

- La enfermera utiliza las técnicas de valoración del estado físico durante la exploración para efectuar los correspondientes juicios clínicos.
- La exactitud de la valoración influye en la elección de los tratamientos que recibe el usuario y en la evaluación de la respuesta a dichos tratamientos.
- Confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista o en otras interacciones enfermera – usuario.

LA ENFERMERA UTILIZA CUATRO TÉCNICAS ESPECÍFICAS EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA:

1. INSPECCIÓN: La inspección es la utilización de la visión, la audición y el olfato para detectar características normales o signos físicos significativos de partes y funciones del cuerpo.

2. PALPACIÓN: Consiste en la utilización de las manos para tocar partes del cuerpo y poder hacer determinaciones sensibles mediante las sensaciones de signos físicos específicos.

3. PERCUSIÓN: Consiste en golpear la superficie corporal con un dedo, para provocar una vibración, que viaje a través de los tejidos corporales.

El carácter del sonido determina la localización, el tamaño y la densidad de estructuras subyacentes, para confirmar anomalías valoradas por la palpación y auscultación.

4. AUSCULTACIÓN: Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo, con el objeto de detectar posibles alteraciones

Cada una de estas cuatro técnicas, inspección, palpación, percusión y auscultación, pueden realizarse aisladamente. Sin embargo, el examen físico mas efectivo es el que se basa en un planeamiento global y utiliza las cuatro en conjunto.

PROCEDIMIENTO:

Inspección:

- Para realizarla se necesita una buena iluminación y exposición.
- Inspeccionar cada área refiriéndose a su tamaño, su aspecto, su color, su simetría y posición.
- Buscar la presencia de anomalías.
- Utilizar iluminación adicional. Ej. Linterna de bolsillo, para inspeccionar las cavidades.

EXAMEN DE CARA Y CUERO CABELLUDO

- Inicie la inspección en la cabeza y cuello, observando el tamaño y contorno del cráneo, observe el color de la piel de la cara y cuello. Observe si no tiene lesiones, cicatrices o movimientos involuntarios en cara, cuello.
- Inspeccione el cabello, observando su espesor, distribución y textura. Para visualizar el cuero cabelludo, separe el cabello en dos secciones con un peine. Palpe su cuero cabelludo por sí tenga áreas sensibles, puntos blandos, movimientos óseos, escamas, lesiones, cortes y liendres (huevos de piojos).
- Observe el cuello del usuario, si hay asimetría, pulsaciones anormales, distensión de venas yugulares o tiroides aumentadas. Compruebe el grado de movilidad de su cuello.
- Localice la arteria carótida, palpe suavemente para comprobar su pulso y flujo sanguíneo.

¡ Nunca aplique presión sobre la arteria carótida porque el usuario puede presentar bradicardia!

:

Para realizarlo:

- Voltee la cabeza del individuo hacia la zona que está explorando.
 - Ponga sus dedos por debajo del mentón.
 - Coloque las puntas de los dedos directamente sobre el área que va a palpar.
 - Palpe los ganglios deslizando la piel hacia delante y hacia atrás por encima de ellos, compruebe su tamaño, forma, movilidad, dureza y sensibilidad.
- Examine la tráquea por si presenta desviaciones o desplazamientos de la línea media.
Palpe la tiroides, debe sentirla suave, firme o insensible. Pida al usuario que trague saliva para comprobar si hay agrandamiento de la misma.

EXAMEN DE LA CAVIDAD BUCAL

La enfermera valora la boca y faringe, para detectar signos de salud global, determinar las necesidades de higiene bucal y desarrollar tratamientos de enfermería para usuarios con deshidratación, ingesta limitada, traumatismos bucales u obstrucciones de vías aéreas.

Para examinar la cavidad oral, se utiliza una linterna de bolsillo y un depresor lingual o una simple gasa cuadrada y guantes. El usuario puede estar acostado o sentado.

LABIOS: se inspeccionan en lo referente al color, textura, hidratación, contorno y presencia de lesiones.

Normalmente los labios son rosados, húmedos, simétricos y suaves, sin lesiones.

MUCOSAS: para examinar, solicitar al usuario que entreabre la boca y a continuación se tira ligera y suavemente el labio inferior, separándolo de los dientes. Este mismo procedimiento se repite con el labio superior.

De la mucosa se valoran el color, hidratación y textura, lesiones como ulceraciones, abrasiones o quistes.

ENCÍAS Y DIENTES: las encías se examinan para comprobar su color, existencia de edemas, retracción, sangrado o lesiones, dentadura postiza, lesiones.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

Los dientes son examinados para ver su posición, alineación, se explora suavemente con un depresor lingual y se observa su color, presencia de caries, sarros y huecos de extracción.

LENGUA: se inspecciona cuidadosamente por ambas caras y por todo su borde, comprobando al mismo tiempo el estado del suelo de la boca.

PALADAR: observar color, aspecto, textura y posible existencia de prominencias óseas anómalas o defectos. Normalmente el paladar es de color rosa claro.

FARINGE: la afloración de las estructuras de la faringe permite descartar la existencia de infección, inflamación o lesiones.

POSICIÓN Y POSTURA: observar la posición adoptada por el usuario. La postura puede ser reflejo del estado de ánimo o de la existencia de dolor.

FORMA DE ANDAR: observar cómo camina el usuario, si utiliza alguna ayuda, registrar si los movimientos son coordinados o incoordinados.

MOVIMIENTOS CORPORALES: los movimientos corporales pueden clasificarse en voluntarios e involuntarios.

OBSERVAR:

- Tic, (espasmo muscular habitual.
- Temblor, movimientos temblorosos.
- Movimientos convulsivos.

VOZ: la voz se evalúa en términos de:

- **Fuerza:** débil o fuerte, suave o recia
- **Tono:** ronca, silbante, aguda.
- Enunciación y resonancia.

IV. ACTIVIDADES BÁSICAS DE ENFERMERÍA RELACIONADAS CON LA SEGURIDAD Y COMODIDAD DEL USUARIO

LAVADO DE MANO

IMPORTANCIA:

El lavado de manos sigue siendo el método más importante para reducir la transmisión de patógenos infecciosos y debe convertirse en un procedimiento obligatorio y vigilado en la atención del usuario.

DEFINICIÓN: Se define como una fricción breve y enérgica de las superficies enjabonadas, seguida por enjuague en un chorro de agua.

OBJETIVOS: Reducir la transmisión de patógenos bacterianos y virales entre los usuarios y entre estos y el personal hospitalario.

CLASIFICACIÓN:

- Lavado social o doméstico: debe ser realizada por el personal que no está en contacto directo con el usuario.
- Lavado clínico: debe ser realizada por el personal que tiene contacto directo con el usuario y de acuerdo con su patología, mecanismo de transmisión y área de hospitalización.
- Lavado quirúrgico: es un lavado profundo mediante frotos de la superficie de la mano y antebrazo. Debe efectuarse antes de cualquier procedimiento quirúrgico.

MATERIALES A UTILIZAR SEGÚN CLASIFICACIÓN

- Lavado de manos social o doméstico: agua, jabón o detergente.
- Lavado de manos clínico: agua y productos que contengan antimicrobianos (antisépticos), duración de 15 a 30" a 1.
- Lavado de manos quirúrgico: agua, antiséptico y cepillo de mano estéril, duración de 3 a 5 minutos.

CONSIDERACIONES PARA EL LAVADO DE MANOS.

- Mantener las uñas cortas, limpias y sin esmalte.
- Retirar todas las joyas de las manos.
- Las mangas deben recogerse a la altura del codo.
- El uso de guantes no reemplaza al lavado de manos.
- En el espacio entre los dedos y debajo de las uñas se encuentra el mayor número de microorganismos.
- Las manos agrietadas o reseca favorecen la colonización de la flora microbiana transitoria.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

PROCEDIMIENTO PARA EL LAVADO DE MANOS CLÍNICO

- Subir las mangas por encima del codo y retirar todas las joyas.
- Adoptar una posición cómoda frente al lavatorio.
- Abrir la llave del agua, regular la temperatura.
- Enjabonar las manos y la muñeca.
- Friccionar las manos para obtener espumas especialmente entre los dedos. Lavar hasta el antebrazo, limpiar las uñas.
- Enjuagar con agua potable.
- Secar las manos y antebrazos con una toalla desechable o con una toalla individual de un solo uso.
- Cerrar la llave del agua sin tocar las perillas con las manos limpias. Se puede usar la toalla para ese fin. Desechar la toalla.
- Si se realiza un procedimiento invasivo y no se utilizó una solución antiséptica como iodopovidona al 0,8 %, clorhexidina al 3-4% sin diluir, siempre se debe aplicar antiséptico como alcohol yodado, al finalizar el lavado de manos o solución alcohólica de clorhexidina.

PROCEDIMIENTO PARA EL LAVADO QUIRÚRGICO

- Igual al procedimiento de lavado de manos clínico, incluyendo el cepillado de toda la superficie de la mano y antebrazo, limpiar las uñas.
- Enjuagar con agua potable.
- Secar las manos y antebrazos con una toalla desechable estéril o compresa estéril.
- Si no se cuenta con un lava manos a pedal, dejar que otra persona cierre la perilla de la llave de agua.

CALZADO DE GUANTE ESTERIL

- Lávese las manos minuciosamente.
- Retire la envoltura externa, separando con cuidado los laterales.
- Toma la envoltura interna y deposítala sobre una superficie limpia y lisa, por encima del nivel de la cintura.
- Abra la envoltura, manteniendo los guantes sobre la superficie interna de la misma.
- Identifique el guante derecho o el izquierdo.
- Con el pulgar y los dos primeros dedos de la mano no dominante, sujete el borde del puño del guante de la mano dominante. Toque únicamente la superficie interna del guante.
- Tire con cuidado del guante sobre la mano dominante y suelte el puño, asegurándose de que este no se enrolla sobre la muñeca. Compruebe que el pulgar y los dedos están en los espacios correspondientes.
- Con la mano dominante enguantada, deslice los dedos por debajo del puño del otro guante.
- Deslice con cuidado el segundo guante sobre la mano no dominante. No permita que los dedos y el pulgar de la mano dominante enguantada toquen cualquier parte de la mano no dominante expuesta. Mantenga el pulgar de la mano dominante en abducción.
- Después de colocar el segundo guante, entrecruce los dedos.
- Asegúrese de tocar solo los lados estériles.

PARA QUITARSE LOS GUANTES

- Doble los puños de los guantes aproximadamente cuatro centímetros, sin tocar la faz interior.
- Coloque los cuatros dedos de la mano derecha bajo el doblez del guante de la mano izquierda, empujarlo con movimientos firmes para quitarlo.
- Repita el procedimiento para la mano derecha.
- Eche los guantes en el canasto.

PREPARACIÓN Y AYUDA EN CURACIONES

Definición: Es el procedimiento por el cual se hace limpieza y desinfección de las heridas.

Objetivos

- Limpiar la zona afectada.
- Reducir el número de bacterias.
- Prevenir o disminuir la infección.
- Proporcionar comodidad al usuario.

Bases científicas para la acción

- Las heridas limpias están libres de microorganismos patógenos. Las heridas infectadas contienen gérmenes patógenos que varían de número y virulencia.
- La humedad, calor y secreciones, favorecen el desarrollo de microorganismos.
- Las heridas abiertas son medios favorables para la proliferación de bacterias.
- El proceso de cicatrización se retarda cuando hay infección.
- La cicatrización puede realizarse por primera, segunda y tercera intención.
- La presión ejercida desde diferentes puntos de una herida favorece la salida de secreciones.

Equipos

- Carrito de curación.
- Paquete de ropa estéril (cirugía menor) si es necesario.
- Paquetes o tambores con gasa y apósitos estériles.
- Tapa boca.
- Caja de curaciones.
- Hoja de bisturí (si es necesario).
- Cinta adhesiva o apósito transparente.
- Suero fisiológico al 0,9 % o antisépticos.
- Basurero para desechos.

Procedimientos

- Explicar al usuario el procedimiento a realizarse.
- Lávese las manos.
- Retirar el apósito de la herida operatorio con guante no estéril.
- Calzarse un guante estéril.
- Realizar la curación con la solución fisiológica, empezando de arriba e ir descendiendo, una sola vez. Desechar la gasita, utilizar otra realizando el mismo procedimiento (no realizar en forma descendente y ascendente con la misma gasita).
- Utilizar mínimo tres gasas o más si es necesario. Si la herida es recta, empezar por encima de la incisión, luego por la periferia siempre en forma descendente.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

Las heridas de drenajes o de vía central se realizan de adentro para afuera en forma circular. Los catéteres de drenajes también se limpian partiendo del nivel de la piel y se desciende siguiendo el trayecto del tubo en forma circular.

- Luego de la higiene, secar bien.
- Tapar con gasa estéril, luego fijar con cinta adhesiva o apósito transparente.
- Marcar sobre el apósito fecha, hora y firma de la persona responsable.
- Registrar en la hoja de Enfermería el procedimiento y estado de la herida.
- Limpiar todo y dejar ordenado.
- Lavarse las manos.
- Realizar la curación luego del baño, una vez al día.

CUIDADOS PARA PREVENIR ÚLCERAS POR PRESIÓN (DECÚBITO)

DEFINICIÓN: Son las medidas encaminadas a mantener limpia y seca la piel, evitar traumatismos y disminuir presiones en áreas prominentes del cuerpo, para evitar la isquemia de la piel y tejidos blandos subyacentes.

OBJETIVOS:

- Eliminar o disminuir la presión en áreas determinadas.
- Evitar lesiones en la piel.
- Favorecer la irrigación y mantener seca la piel.
- Dar comodidad y seguridad al usuario.

BASES CIENTÍFICAS PARA LA ACCIÓN

- El cuerpo del usuario ejerce sobre el colchón una presión desigual; los mayores puntos de presión se localizan en las prominencias óseas.
- El trofismo de la piel depende de una buena irrigación sanguínea.
- La presión constante y prolongada sobre un área del cuerpo disminuye, la irrigación sanguínea de los tejidos en esas áreas.
- El decúbito dorsal hace más lenta la circulación sanguínea y disminuye el tono muscular.
- Cuando disminuye el tono muscular se afecta la posición normal de las articulaciones.
- Los músculos más largos y vigorosos del cuerpo actúan con mayor eficacia.
- La distribución del tejido adiposo actúa como amortiguador de las presiones externas.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

- Identificar el riesgo que tiene el usuario de desarrollar úlceras por decúbito.
 - a) Parálisis o inmovilización.
 - b) Pérdida sensorial.
 - c) Trastornos circulatorios
 - d) Fiebre
 - e) Anemia (disminución de la hemoglobina reduce la capacidad de transportar oxígeno)
 - f) Desnutrición

PRECAUCIONES

- Recordar que las úlceras por decúbito se presenta con mayor frecuencia en usuarios con alteraciones de la sensibilidad y motilidad, en aquellos que por su situación clínica o tratamiento tienen limitada la actividad y en general los usuarios de cuidado en cama.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

DE ACUERDO A LA SITUACIÓN CLÍNICA DEL USUARIO

- Observar signos de presión en regiones prominentes tales como, escápula, sacrocoxigea, glútea, codo, oreja, talón, cara interna de las rodillas, occipital.
- Activar la circulación por medio de masajes, ejercicios, baño diario, cambios de posición.
- Mantener la piel seca y lubricada. Evitar el uso del talco.
- Evitar el contacto de la piel con orina, materia fecal, vómitos y otros.
- Mantener la ropa del usuario y de la cama seca, sin arrugas y libre de partículas de alimentos u otros.
- Utilizar cojines de espuma para disminuir zonas de presión.
- Vigilar la ingestión de los nutrientes adecuados a su situación clínica.

EQUIPO: Es necesario de acuerdo a las condiciones físicas del usuario y a la actividad de enfermería seleccionada.

PROCEDIMIENTO:

Seleccione la actividad más conveniente para la situación del usuario, ya sea observación, masaje, limpieza, cambios de posición e higiene.

ASEO Y ARREGLO DE LA UNIDAD

DEFINICIÓN:

Es la limpieza y disposición adecuada de los elementos que componen el mobiliario que utiliza el usuario: cama, mesa de luz, mesa para comer, sillas y otros, así como los de uso personal.

OBJETIVOS:

- Proveer ambiente cómodo y agradable.
- Proporcionar al usuario medios adecuados para desarrollar las actividades de la vida diaria.
- Facilitar la ejecución de las actividades de enfermería.

BASES CIENTÍFICAS PARA LA ACCIÓN:

- El ambiente físico agradable y limpio, favorece la adaptación del individuo al medio hospitalario.
- Objetos y ropas de uso personal son medios de contaminación.
- Jabón, agua, aire y sol son medios disponibles y efectivos para una limpieza adecuada.
- La limpieza y desinfección mecánica reduce el número de gérmenes y material extraño.
- La diseminación de gérmenes disminuye cuando se limpia; primero las áreas menos contaminadas y luego las más contaminadas.
- El aire libre rara vez contiene organismos patógenos. El aire contaminado es el vehículo de transmisión de especies que causan infección en vías respiratorias.
- Los jabones y detergentes utilizados en la limpieza de ropa y objetos irritan la piel.

ASEO DIARIO DE LA UNIDAD

DEFINICIÓN:

Es la limpieza y arreglo que se hace diariamente a los elementos que componen la unidad del usuario.

OBJETIVOS:

- Mantener orden y limpieza en el servicio.
- Aumentar las medidas de comodidad y seguridad para el usuario.

EQUIPO:

- Palangana con agua.
- Dos paños, uno para humedecer y otro para secar.
- Recipiente con desinfectante clorados.
- Guantes de uso doméstico.
- Bolsa para desperdicios.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

PROCEDIMIENTO:

- Establezca una buena ventilación sin corriente de aire.
- Traiga el equipo a la unidad del usuario, colóquelo sobre una silla.
- Limpie primero las partes de los muebles que considere menos contaminados o sucios.

ASEO TERMINAL DE LA UNIDAD:

DEFINICIÓN:

Es la limpieza que se hace a los elementos y equipos usados por el usuario cuando ha salido del servicio.

OBJETIVOS:

- Dar comodidad y seguridad al nuevo usuario.
- Mantener orden y limpieza en el servicio.
- Ahorrar tiempo y esfuerzo en la admisión del usuario.

PRECAUCIONES:

- Secar los objetos de metal para que no se oxiden.
- Dejar ventilar y secar la unidad durante un tiempo prudencial.
- Hacer la desinfección terminal según las técnicas usadas en el hospital cuando se trate de usuarios infecto- contagiosos.
- Cambiar el agua cuantas veces sea necesario.

EQUIPO:

- Bolsa para ropas sucias.
- Balde con agua.
- Dos paños, uno para humedecer y otro para secar.
- Recipiente con desinfectante clorado.
- Escobillón de cerda.
- Bolsa para desperdicios.
- Fumigador con insecticida.

PROCEDIMIENTOS:

- Abra la ventana.
- Afloje la sábana alrededor de la cama comenzando por el lado contrario a la enfermera.

ARREGLO DE CAMA

- Cama cerrada: es la cama que se encuentra vacía y se hace cuando el usuario egresa.
- Cama abierta: es la que se prepara cuando el usuario esté ingresando.

OBJETIVOS:

- Tener una unidad limpia y confortable para el ingreso del usuario.
- Contribuir a la estética de la unidad.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

EQUIPO:

- Funda
- Sábanas
- Zalea de tela
- Hule
- Bolsa de papel
- Bolsa de ropa sucia

PRECAUCIONES Y/ O RECOMENDACIONES:

- Evitar contactos entre la ropa de cama limpia y sucia.
- No sacudir las sábanas para tenderlas.

Procedimiento:

- Lávese las manos, prepare el equipo y llévelo a la unidad del usuario.
- Coloque la sábana inferior a lo largo, con el doble central en la línea media del colchón, de tal forma que el dobladillo angosto quede al borde del piecero y el ancho cuelgue hacia la cabecera.
- Introduzca en la cabecera del colchón el extremo sobrante de la sábana y haga las esquinas en forma de triángulo en la siguiente forma.
- Levante la sábana en la esquina y dóblala hacia atrás, sobre la cama.
 - a) Introduzca el sobrante de la sábana debajo del colchón.
 - b) Doble el resto de la sábana hacia abajo cuidando de no deshacer la esquina.
- Coloque el hule centrado en la cama, cúbrelo con la zalea e introduzca ambos debajo del colchón.
- Coloque la sábana superior, de tal forma que el sobrante cuelgue hacia el piecero con el dobladillo más ancho hacia la cabecera.
- Introduzca el extremo sobrante de la sábana y haga la esquina en forma de triángulo.
- Ponga la funda a la almohada y colóquela en la cabecera de la cama.
- Lávese las manos.

CAMA OCUPADA

DEFINICIÓN: Es la cama que se realiza con el usuario acostado.

OBJETIVOS:

- Contribuir con la higiene del usuario.
- Brindar comodidad al usuario.

EQUIPOS:

- Funda
- Sábanas
- Hule
- Zalea
- Bolsa de ropa sucia
- Equipo de desinfección concurrente

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

PRECAUCIONES Y / O RECOMENDACIONES:

- Si hay que bañar al usuario, hágalo antes de hacer la cama.
- Debe realizarse desinfección concurrente durante el procedimiento.
- Evite arrugas en la ropa de cama.
- Evite incomodidad al usuario.

PROCEDIMIENTO:

- Lávese las manos y prepare el equipo a utilizar.
- Explique el procedimiento al usuario.
- Sostenga la cabeza del usuario y retire la almohada.
- Afloje y saque por partes la ropa de cama, dejando sus bordes encima del colchón, empezando por la cabecera.
- Rote al paciente hacia el lado opuesto de la cama con respecto a Ud.
- Doble la sábana inferior, hule y zalea sucios en forma de abanico en dirección al usuario y limpie el colchón.
- Deslice la sábana de manera que el dobladillo angosto quede al borde del piecero y el ancho cuelgue en la cabecera.
- Desdoble el borde superior de la sábana, luego tome el borde inferior u dóblelo en forma de abanico hacia el usuario.
- Introduzca el extremo sobrante de la sábana en la cabecera debajo del colchón y haga la esquina en forma de triángulo.
- Coloque el hule y la zalea en el centro de la cama, de la misma forma que la sábana inferior, e introduzca el sobrante de ambos, debajo del colchón.
- Extienda la sábana superior por encima de la sábana inferior, haga la esquina en forma triangular y dóblala hacia Ud. en forma de abanico.
- Rote al usuario hacia Ud. sobre la mitad de la cama ya arreglada, brindándole seguridad.
- Cúbrelo con la sábana superior limpia, retirando a la vez la sucia.
- Retire el resto de la ropa sucia, doblándose sobre sí misma sin sacudirla y deposítala en la bolsa de la ropa sucia. Limpie el colchón.
- Extienda la sábana, el hule y la zalea e introduzca el extremo sobrante de la sábana en la cabecera debajo del colchón.
- Acomode al usuario en el centro de la cama.
- Ponga la funda limpia en la almohada, levante la cabeza del usuario con una mano y con la otra coloque la almohada.
- Deje cómodo al usuario y retire la bolsa de ropa sucia.

HIGIENE PERSONAL DEL USUARIO

DEFINICIÓN: Es el conjunto de medidas de limpieza encaminadas a proporcionar bienestar físico y conservar la salud del usuario.

OBJETIVOS:

- Favorecer la limpieza de la piel.
- Estimular los hábitos higiénicos del usuario.
- Mantener un ambiente limpio.
- Eliminar productos de desechos o impurezas de la piel.

BAÑO GENERAL EN DUCHA

DEFINICIÓN:

Es el procedimiento que se lleva a cabo para el aseo personal del usuario que puede levantarse.

PRECAUCIONES:

- Instruir al usuario sobre la manera de graduar la temperatura del agua o graduarla si es el caso.
- Proporcionar una silla a los usuarios que no pueden sostenerse en pie por largo tiempo.
- Evitar corrientes de aire.
- Observar las condiciones de la piel, eritema, tumoraciones, erosiones y otros.
- Evitar dejar solo al usuario durante el baño y explicar que no asegure la puerta con llave.
- Proteger heridas que no hayan cicatrizado.

EQUIPO:

- Jabón, toalla, peine.
- Cepillo de dientes, crema dental.
- Máquina de rasurar.
- Pijama o camisa de dormir y bata o salto de cama.
- Silla o camilla.
- Guantes de procedimientos.

PROCEDIMIENTO:

- Aliste los elementos de uso personal del usuario.
- Determine la clase de traslado que requiere el usuario: silla, camilla o por sus propios medios.
- Acompañalo y esté atento a dar la ayuda que él requiera.

BAÑO GENERAL EN CAMA

DEFINICIÓN:

Es la limpieza de todo el cuerpo que se hace al usuario que no puede levantarse.

PRECAUCIONES:

- Utilizar un par de toallas o compresas limpias para cada individuo.
- Cambiar el agua cuantas veces sea necesario.
- Solicitar la ayuda necesaria.
- Evitar movimientos bruscos y la desconexión accidental de los tubos de drenaje, sondas, venoclisis y otros elementos que tenga el usuario.
- Utilizar guantes para el aseo.

EQUIPO:

□ Bandeja con:

- Guantes
- Palangana
- Jarra con agua tibia
- Jabón y crema lubricante
- Algodón
- Bolsa para desperdicios
- Pañuelos de papel
- Tijeras y cepillo para uñas, limpia uñas.
- Cubeta y equipo para aseo de la boca.
- Toalla y toallitas pequeñas.
- Cotonetes
- Ropa necesaria para cambiar la cama. Camisa o pijama.

PROCEDIMIENTO:

- Siente al usuario y coloque una toalla sobre su pecho, pásele lo necesario para el aseo de la boca. Si el usuario no está en capacidad de hacerlo lo hará la enfermera.
- Afloje y retire la ropa de cama, colócala sobre el respaldo de la silla, deje solamente la sábana superior y una frazada.
- Con el algodón humedecido limpie los ojos; empiece del ángulo externo hacia el interno. Si hay infección en uno de los ojos, limpie primero el ojo sano.
- Lave la cara, orejas y cuello. Saque y retire la toalla. Quite la camisa.
- Extienda la toalla debajo del brazo, lave el brazo y la axila, cambie el agua, coloque la mano dentro de la palangana, lávela y haga el aseo y arreglo de uñas.
- Retire la palangana, cubra el brazo con la toalla, seque y haga lo mismo con el otro brazo. Aplique desodorante en las axilas.
- Extienda la toalla bajo la sábana superior, a lo largo del tronco; lave el pecho y el abdomen con agua y jabón. Haga el aseo del ombligo.
- Seque y aplique lubricante.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- Vuelva a la persona de medio lado con la espalda hacia Usted. Coloque la toalla sobre la cama a lo largo del dorso, lave la espalda y glúteos y seque. Haga masajes y aplique lubricantes si es el caso.
- Coloque al usuario en decúbito dorsal. Póngale la ropa de cama.
- Descubra la pierna y extienda la toalla debajo; lave la pierna y el muslo sequela y cúbreala; haga lo mismo con la otra pierna.
- Coloque la toalla a lo ancho de la parte inferior de la cama encima de la palangana. Haga que el usuario flexione las piernas y sumerja los pies dentro de la palangana, lávelos. Retire la palangana, seque los pies atendiendo especialmente los espacios interdigitales.
- Haga baño genital externo si es mujer. Si se trata de un hombre, pásele la segunda toallita para que se haga el aseo de los genitales. En caso de que el usuario tenga muchas secreciones, haga baño genital externo. Póngale el pantalón del pijama.
- Tienda la cama cambiando la ropa que sea necesaria.
- Arregle el cabello del usuario.

BAÑO PARCIAL EN CAMA

DEFINICIÓN: Es la limpieza que se hace de las partes del cuerpo del usuario que así lo requieren.

BAÑO GENITAL EXTERNO

DEFINICIÓN: Es el aseo que se hace a los órganos genitales externos.

OBJETIVOS:

- Evitar acumulación de secreciones.
- Prevenir olores desagradables y evitar infecciones.
- Enseñar hábitos higiénicos.

PRECAUCIONES:

- Evitar contaminaciones.
- Controlar la temperatura.
- Enjuagar suficientemente después de aplicar jabón.
- Utilizar técnica aséptica después de intervenciones quirúrgicas por vía genital o perineal.
- Utilizar guantes.

CUIDADO ESPECIAL DE LA BOCA

DEFINICIÓN: Es la limpieza y lubricación que se hace a la mucosa bucal, piezas dentarias y lengua del usuario cuando su situación clínica así lo requiera.

OBJETIVOS:

- Prevenir que las bacterias de la boca causen infecciones locales o generales.
- Evitar el resecamiento de la mucosa y de los labios y su consiguiente agrietamiento.
- Evitar halitosis.
- Enseñar hábitos higiénicos.
- Dar comodidad al paciente.

EQUIPO:

- Bandeja con:

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- Tres vasitos tapados y rotulados que contienen:
 - solución desinfectante, Lubricante (aceite) y Agua tibia.
 - Recipiente con aplicadores o hisopos con bajalenguas y gasa.
 - Bajalenguas.
 - Riñonera.
 - Bolsa para desperdicios.
 - Pañuelo de papel.
 - Toalla.

PROCEDIMIENTO:

- Coloque al usuario lo más cerca posible del lado por el cual se va a trabajar.
- Vuelva al usuario de lado y coloque la toalla de manera que le proteja los hombros y la almohada. Si no está contraindicado, siéntelo.
- Abra la bolsa para desperdicios y colóquela sobre la mesa de luz.
- Acerque la riñonera hacia la boca del usuario.
- Humedezca el hisopo con solución antiséptica y limpie la boca; si es necesario, entre ábrala con un bajalengua.
- Pase agua tibia para enjuagar la boca, o limpie con un hisopo si el usuario no puede hacerlo solo. Repita cuantas veces sea necesario.
- Aplique lubricante en los labios.
- Si se trata de individuos febriles o en coma, deje el equipo sobre la mesa de luz, listo y abierto para usarlo cuantas veces sea necesario.

CUIDADO CON DENTADURAS POSTIZAS

Si el usuario tiene dentadura postiza:

- Retire la dentadura con una gasa.
- Colóquela en un vaso que no sea transparente, llévela al cuarto de trabajo lávela con cepillo y crema dental, enjuagar con agua corriente fría, colóquela nuevamente en un vaso seco envuelto con gasita.

IV. MECÁNICA CORPORAL

DEFINICIONES

La mecánica corporal correcta significa que la enfermera utiliza el cuerpo eficazmente, evitando distensiones y fatiga; también es aplicable para ayudar al usuario a utilizar su cuerpo más positivamente y conseguir aumentar su seguridad y comodidad durante la movilización y postura.

POSICIONES:

Son las formas de alineamiento y disposición relativa de las partes del cuerpo del usuario, que adopta por sí mismo o con la ayuda del personal de enfermería, para un fin determinado.

OBJETIVOS:

- 2) Promover la alineación corporal y el funcionamiento normal de todas las partes y órganos del cuerpo.
- 3) Proporcionar comodidad y descanso.
- 4) Facilitar la realización de exámenes específicos, intervenciones quirúrgicas y actividades de enfermería.
- 5) Evitar o corregir deformidades, trastornos circulatorios, alteraciones en los tejidos y evitar o reducir la presión sobre áreas dolorosas.
- 6) Permitir la salida de secreciones.

PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA MECÁNICA CORPORAL

- Los músculos grandes se fatigan con menor rapidez que los pequeños.
- Los músculos siempre están en ligera contracción.
- La estabilidad de un objeto siempre es mayor cuando tiene una base amplia de apoyo, un centro de gravedad bajo y la línea de gravedad es perpendicular al suelo y cae de la base de apoyo.
- El grado de esfuerzo necesario para mover un cuerpo depende de su resistencia y de la fuerza de gravedad.
- La fuerza necesaria para conservar el equilibrio del cuerpo es máxima, cuando la línea de gravedad está más alejada del centro de la base de apoyo.
- Los cambios de actividad y posición ayudan a conservar el tono muscular y evitan la fatiga.
- Tirar y deslizar un objeto, requiere menor esfuerzo que levantarlo, porque para ello es necesario moverla contra la fuerza de gravedad.

PROCEDIMIENTO:

- 1) Valorar las 4 medidas básicas de incorporación que son:
 - Posición del objetivo
 - Altura del peso
 - Posición corporal

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- Peso máximo
- 2) Acercarse al objeto que hay que mover.
- 3) Aumentar la base de soporte, separando los pies (mantiene un mejor equilibrio corporal).
- 4) Reducir su centro de gravedad en relación con el objeto que se desea levantar. Flexionar las rodillas y las caderas (esto permite que los músculos trabajen en forma sincronizada)
- 5) Mantener una correcta alineación de la cabeza y cuello con las vértebras (reduce la posibilidad de lesionarse las vértebras lumbares y otros grupos musculares)

ADVERTENCIA PARA ENFERMERÍA

Antes de levantar un objeto, la enfermera / o, deberá decidir si podrá hacerlo sin que alguien la / o ayude y sin posibilidad o riesgo de accidentes.
Si piensa que no será capaz, deberá buscar ayuda.

MOVILIZACIÓN DEL USUARIO Y POSICIONES

CÓMO MOVILIZAR AL USUARIO HACIA EL BORDE DE LA CAMA

Se ayudará al usuario con más facilidad si la enfermera se sirve de su peso para contrarrestar el del usuario y de sus brazos para tomarlo de modo que el movimiento se haga como si fuera una sola persona.

- 1º. La enfermera está de pie frente al usuario, en el lado de la cama hacia el que desea moverlo.
- 2º. Adoptar una postura firme, con una pierna delante de la otra y con las rodillas y las caderas flexionadas, de modo que sus brazos queden al nivel de la cama.
- 3º. La enfermera pone un brazo debajo de los hombros y la nuca del usuario, y el otro debajo de los glúteos.
- 4º. La enfermera pasa el peso de su cuerpo del pie delantero al de atrás, al tiempo que se balancea hacia atrás a la posición de cuclillas, y acerca al usuario al borde de la cama. Al retroceder, la enfermera va bajando las caderas.
Este procedimiento debe arrastrar al usuario en lugar de levantarlo.
- 5º. La enfermera mueve a continuación la parte media del usuario en la misma forma. Colocando un brazo debajo de la cintura y el otro debajo de los muslos. Luego, pies y parte inferior de las piernas se mueven de la misma forma.
Habrá que poner cuidado en no tirar al usuario de la cama. Si éste no puede mover el brazo que queda más cerca de la enfermera, deberá colocarlo cruzado sobre el pecho de éste, de modo que no impida el movimiento ni resulte lastimado, al mover al usuario.

MANERA DE AYUDAR AL USUARIO A PONERSE DE LADO

Cuando el usuario necesite que lo ayuden para ponerse de lado, la enfermera tendrá mucho cuidado de que el enfermo no se caiga de la cama. Puede dominar el movimiento poniendo sus codos sobre la cama, y actuando como abrazadera para detener la rotación.

- 1º. La enfermera se coloca en el borde de la cama, del lado hacia el que desea moverlo. Este coloca su brazo más alejado sobre el tórax y su pierna más alejada por encima de la otra más cercana. La enfermera se asegura de que el brazo cercano del usuario quede paralelo a su cuerpo y algo separado de éste, de modo que no gire sobre él mismo.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- 2º. La enfermera se para de frente a la cintura del usuario al lado de la cama, con uno de los pies un paso delante de otro y las rodillas y caderas flexionadas para colocar sus brazos a nivel de la cama.
- 3º. La enfermera/o debe movilizar en bloque, para ello colocará un brazo debajo del cuello y otro debajo del hombro, lo deslizará hacia sí, luego ponga su brazo en la parte más estrecha de la espalda y el otro debajo de la cadera, procediendo de la misma forma anterior, en última instancia hará lo mismo con los miembros inferiores, alineando el cuerpo del usuario.

MANERA DE AYUDAR AL USUARIO A SENTARSE EN EL BORDE DE LA CAMA

- 1º Colocar al usuario en decúbito lateral, mirándole a Ud., que estará colocada/o en la parte de la cama donde se sentará el enfermo. Subir barandillas en el lado opuesto.
- 2º Después de asegurarse de que el usuario no va a caer de la cama, la enfermera levanta la cabecera de esta.
- 3º De cara al ángulo más alejado del pie de la cama, la enfermera sostiene los hombros del usuario con un brazo, al tiempo que con el otro ayuda al usuario a extender la parte inferior de las piernas fuera del borde de la cama.
Adopta una postura firme, con el pie que mira hacia la parte baja de la cama detrás del otro.
- 4º El usuario queda sentado en la posición natural en el borde de la cama cuando la enfermera, si dejar de sostener los hombros y las piernas del mismo, gira sobre sí misma, de modo que las piernas del usuario quedan hacia abajo.
- 5º Permanecer delante del usuario hasta que recupere el equilibrio.
- 6º Bajar el nivel de la cama hasta que el usuario toque con los pies el suelo.

CÓMO AYUDAR A USUARIO A SENTARSE EN LA CAMA.

Este movimiento puede originar mareos en el usuario por lo que es necesario que la enfermera/ o esté atento / a al síntoma y la prevenga moviendo al usuario despacio y ayudándolo si es necesario.

- Explique al usuario lo que se trata de hacer
- Trabe la cama
- Póngase de cara a la cabecera de la cama, adelantando la pierna que da hacia fuera (abstenerse de mirar de frente al usuario por el peligro de infección)
- Entrelaza los brazos cercanos (de usuario y enfermero/ a).
- Sostenga al usuario con el otro brazo
- Lleve al usuario a la posición sentado.
- Si es necesario ayúdelo a sostenerse, haciendo que se tome de la cama con sus propias manos llevadas hacia atrás.

TRASLADO DE LA CAMA A LA CAMILLA AL USUARIO QUE PUEDE MOVILIZARSE.

EQUIPO:

- Camilla
- Sabana

PROCEDIMIENTOS:

- Explique al usuario el procedimiento y dígame cómo debe participar.
- Ponga al usuario en decúbito supino (dorsal)
- Ponga la camilla paralela a la cama.
- Frene la camilla.
- Pídale al usuario que pase a la camilla desliziéndose sin levantarse.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- Suba las barandas de la camilla, cubra al usuario y déjelo cómodo.
- En caso de paciente inmovilizado y demasiado pesado el personal de Enfermería debe siempre pedir ayuda a otra persona.
- Colóquese una almohada debajo de su cabeza.
- Coloque los brazos del usuario a lo largo de su cuerpo con las manos en pronación.
- Manténgalo las piernas rectas
- Colóquela rollos en los tobillos
- Colóquese los pies con las puntas de los dedos hacia arriba
- Asegúrese que el usuario esté cómodo y confortable.

CÓMO AYUDAR A UN USUARIO A PASAR DE LA CAMA A UNA SILLA DE RUEDAS.

Este procedimiento exige la aplicación de todos los principios de Mecánica Corporal, con el fin de trasladar y sostener al enfermo e impedir esfuerzos y fatigas tanto para la enfermera / o como para el usuario.

Para ayudar en este procedimiento se necesitan dos enfermeras, será importante que ambas coordinen sus movimientos, para agitar y mover lo menos posible al enfermo.

- Salude y explique lo que se trata de hacer.
- Aísle de miradas la unidad.
- Cubra la silla de ruedas con una toalla, eleve los pedales para que el usuario no se golpee los pies.
- Coloque la silla de ruedas cerca de la cama, trábela.
- Trabe la cama.
- Ayude al usuario a sentarse al borde de la cama con los pies colgando. Tenga la silla de ruedas con el respaldo paralelo a la cabecera de la cama. (Levante la cabecera de la cama).
- Usted separe los pies.
- Flexione sus caderas y rodillas, alineándolas con las del enfermo.
- Póngale las zapatillas al usuario.
- Mire de frente al usuario. Tenga los pies del enfermo colocados en el centro del banquito y las manos en los hombros de Usted. Coloque sus manos sobre la zona de las costillas del usuario debajo de las axilas. Levante suavemente al usuario, ayúdelo a deslizarse gradualmente del borde de la cama para ponerse en posición de pie sobre el banquito y luego haga que se apoye en el piso.
- Manteniendo las manos en la misma posición, ayude al usuario a darse vuelta lentamente hasta que su espalda quede hacia la silla de ruedas.
- Haga que la otra enfermera/ o sostenga la silla o dígale al usuario que sostenga firmemente esta misma, utilizando los brazos como soporte, enséñele.
- Baje al enfermo suavemente y siéntalo en la silla, compruebe que esté bien alineado.
- Observe al enfermo en busca de signos de marcos, hipotensión.
- Enseñe al usuario el manejo de la silla de ruedas.
- Coloque el cordón del llamador al alcance de su mano, lo mismo coloque otros objetos de interés al enfermo a su alcance.
- Asegúrese de que la cama esté en orden.
- Vuelva al enfermo a su cama cuando termine el tiempo prescripto.
- Registre en hoja de enfermería.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
MASAJES

DEFINICIÓN:

Es la diversidad de manipulaciones sistemáticas de los tejidos corporales con propósitos terapéuticos, que se realizan preferiblemente con las manos.

OBJETIVOS:

- Favorecer la circulación sanguínea y linfática.
- Produce sedación y relajación.
- Evitar fibrosis muscular y acumulación de líquidos en los tejidos.

BASES CIENTÍFICAS PARA LA ACCIÓN

- El masaje tiene efectos de sedación o estimulación.
- El sentido del tacto permite percibir comunicaciones no verbales.
- El masaje provoca reflejos nerviosos que estimulan la circulación sanguínea y linfática, previenen el éxtasis capilar.
- El masaje favorece el metabolismo tisular incrementando el riesgo sanguíneo periférico.
- El masaje influye sobre el tono muscular.
- Tiene efecto mecánico cuando origina desplazamiento directo de líquido en vasos sanguíneos y linfáticos.
- La presión mecánica del masaje elimina el exceso de líquido y disminuye la probabilidad de fibrosis.
- El masaje después del ejercicio energético permite la eliminación del ácido láctico, estimulando la producción del ácido pirúvico.
- El masaje produce efectos reflejos en la piel por estimulación de receptores periféricos que transmiten impulsos al cerebro, produciendo sensaciones de placer y relajación.
- El masaje aumenta el intercambio gaseoso (oxígeno y anhídrido carbónico) a nivel celular.
- El músculo relajado tiene las propiedades de un líquido dentro de una membrana, la presión ejercida en cualquiera de sus partes se transmite igualmente en todas las direcciones.
- Los músculos contraídos tienen las propiedades de un sólido, no se transmiten la presión uniformemente.
- La corriente eléctrica en sus dos tipos, unidireccional (galvanica) y alterna, producen efectos de calor y de estimulación muscular.
- El masaje favorece la diseminación de microorganismos en los tejidos y debilita las barreras de protección a la invasión bacteriana.

PRECAUCIONES: VER PRÁCTICAS GENERALES

- Tener en cuenta las contraindicaciones del masaje:
 - Afecciones de la piel
 - Infecciones
 - Flebitis – Trombosis – Linfangitis.
 - Tumores malignos
 - Edema agudo
 - Abdominal, excepto para activar el peristaltismo.
- El masajista debe tener uñas cortas, no usar anillos y mantener las manos suaves; calentarlas antes de ejecutar el procedimiento.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- Hacer el masaje siguiendo la dirección de la circulación de retorno y de las fibras musculares en forma lenta y rítmica.
- Practicar el masaje en el momento más oportuno teniendo en cuenta la individualidad del usuario.
- Mantener durante el masaje el máximo contacto de la mano o de los dedos con la piel.
- Evitar exceso de masajes en individuos debilitados.
- Evitar realizar masajes cuando el masajista se encuentre en estado de tensión.

EQUIPO: Debe estar de acuerdo con:

- Necesidades del usuario
- Tipo de masaje
- Recursos del hospital

PROCEDIMIENTO:

- 1) Coloque al usuario en una posición que le permita relajación y buen apoyo a las partes que van a ser sometidas al tratamiento.
- 2) Afloje las ropas, especialmente del área próxima al sitio del masaje.
- 3) Retire las ropas del área del masaje
- 4) Colóquese cerca del usuario, de tal manera que le permita hacer movimientos de balanceo, sin brusquedad o presiones irregulares
- 5) Realice el masaje indicado según la situación del usuario.

EJERCICIOS

DEFINICIÓN: Es la acción de poner en movimiento el cuerpo o una parte de este con un fin determinado. Abarca la función de los músculos, de los nervios, huesos y articulaciones.

OBJETIVOS:

- Conservar o restablecer la fuerza y el tono de los músculos y movilidad de las articulaciones que no se utilizan y cuyo movimiento no está contraindicado por la naturaleza del problema de salud que presenta el usuario.
- Estimular la circulación.
- Relajar los músculos y mejorar la ansiedad

BASES CIENTÍFICAS PARA LA ACCIÓN

- Cuando los músculos no se utilizan, el proceso de degeneración se indica de inmediato.
- El principal componente del músculo es la proteína.
- El ejercicio aumenta tanto el número como el tamaño de las mitocondrias, estructura de las células, en donde se produce la mayor parte de la energía necesaria para la contracción del músculo
- El ejercicio mantiene el tamaño, movimiento funcional, fuerza, resistencia y coordinación del músculo.
- El reposo en cama aumenta la excreción urinaria del calcio, que predispone a la formación de cálculos renales o vesicales.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- La inmovilidad aumenta la excreción de fósforos y de nitrógenos del hueso, llevando a la desmineralización.

PRECAUCIONES:

- Sostener la parte proximal a la zona del cuerpo que se quiere movilizar.
- Evitar fatiga y dolor al usuario durante el procedimiento.
- Evitar que el usuario sustituya el movimiento de una articulación con el de la otra.
- Proporcionar periodos de descanso, después de cortos periodos de actividad.
- Realizar de preferencia, las sesiones de ejercicios en las horas de la mañana o antes de que el usuario vaya a dormir.
- Aumentar gradualmente el número de veces que se practica cada ejercicio.
- Evitar apurar al usuario
- Efectuar con regularidad los ejercicios, según orden médica.

PROCEDIMIENTO:

- Los ejercicios deben ser realizados como actividades complementarias de la atención diaria del usuario; estos ejercicios no deben sustituir a los que pueda realizar un terapeuta especializado.
- A continuación se presentan ilustraciones de ejercicios de los diferentes segmentos del cuerpo, para desarrollar los más adecuados a la condición del usuario.

ANOTACIONES EN LA HISTORIA CLÍNICA:

ANOTE:

- Tipo de ejercicio realizado y resultado
- Segmento del cuerpo donde se realizó el ejercicio
- número de veces que realizó el ejercicio. Tiempo empleado.
- Tolerancia del usuario al ejercicio.

MEDIDAS PARA AUMENTAR LA EFICACIA VENTILATORIA

DRENAJE POSTURAL EN ADULTOS

DEFINICIÓN:

Procedimiento que consiste en la colocación del usuario en una posición determinada, la cual permite que el segmento específico de los bronquios quede en posición vertical, para drenar los diferentes segmentos de los lóbulos del pulmón y facilitar el flujo de secreciones hacia las vías respiratorias superiores.

OBJETIVOS:

- Ayudar a la evacuación fisiológica de secreciones desde las vías aéreas bronquiales más pequeñas a los bronquios principales y tráquea para ser expulsados mediante la tos productiva.
- Mejorar la respiración y evitar infecciones respiratorias.
- Desprender tapones de moco.
- Facilitar la recolección de muestras de esputo para examen laboratorial.

BASES CIENTÍFICAS PARA LA ACCIÓN

- La fuerza de gravedad y la posición del usuario determinan en gran medida el drenaje o acumulación de las secreciones pulmonares.
- Las dificultades respiratorias producen en el individuo ansiedad y angustia.
- El moco tiende a acumularse en faringe y tráquea.
- El resecamiento del tracto respiratorio ocasiona espesamiento y empastamiento de las secreciones dentro del mismo.
- Técnicas inadecuadas de esterilización de los catéteres, cánulas y nebulizadores son causas de infección por *Seudomonas* y *Neumococos*.
- Las sondas y tubos que se utilizan por períodos prolongados sin cambiar, son medios propicios para la proliferación de gérmenes.
- Los ejercicios deben ser realizados como actividades complementarias de la atención diaria del usuario, estos ejercicios no deben sustituir a los que pueda realizar un terapeuta especializado.

PRECAUCIONES:

- Tener en cuenta la necesidad de descanso y la resistencia a la fatiga en el usuario.
- El tiempo de duración del procedimiento no debe exceder de 15 minutos.
- Observar repetidamente el color de la cara y cuello del usuario y controlar el pulso.
- Interrumpir el procedimiento si se observa sofocación o dificultad respiratoria en el usuario.
- Cepillar los dientes o hacer enjuague bucal al usuario una vez concluido el procedimiento.
- Evitar maniobras de vibración y percusión a usuarios con hemorragia o dolor severo.
- Evitar el drenaje postural si el usuario ha ingerido alimentos recientemente.
- Realizar los ejercicios 4 veces al día, antes de cada alimento y al acostarse.

EQUIPO:

- Recipiente para colocar secreciones, cubeta.
- Toallas o pañuelos de papel.
- Taburete o sillas para apoyar brazos del usuario.
- Ladrillos o tacos de madera.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

CONTRAINDICACIONES:

- Absceso pulmonar o tumores.
- Neumotórax.
- Enfermedades de la pared torácica.
- Hemorragia pulmonar
- Estados dolorosos del tórax.
- Tuberculosis.

PROCEDIMIENTO:

- 1) Coloque al usuario en la posición adecuada.
- 2) Acérquele la cubeta o recipiente para recolectar secreciones.
- 3) Deje cerca del usuario la toallas o pañuelos desechables.
- 4) Observe si es efectiva la posición para evacuar secreciones.
- 5) Realice maniobras de percusión y vibración como se explica a continuación:
- 6) Percusión con las manos ahuecadas, golpee suavemente la pared del tórax sobre el segmento a drenar con el fin de aflojar secreciones adheridas.

Las manos ahuecadas forman un cojín de aire entre la palma y el tórax, que previene la irritación y el dolor.

No se necesita fuerza para aplicar esta técnica de percusión y, aunque el sonido es fuerte, no debe incomodar al usuario.

La percusión debe llevarse a cabo solamente sobre la región lisa del tórax.

- 7) Vibración: Con ambas manos extendidas, los dedos juntos y las palmas unidas entre si por los pulgares, realice un movimiento de vibración desde los hombros (Temblorosos).

Esta técnica se realiza únicamente durante la exhalación del usuario y después de efectuar la percusión con el fin de mover las secreciones hacia los bronquios mayores.

Haga sostener al usuario después de 3-4 vibraciones.

Una vez terminado el procedimiento, coloque al usuario en su posición original.

DRENAJE POSTURAL Y EJERCICIOS RESPIRATORIOS PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS.

DEFINICIÓN: Ejercicios respiratorios: son los que se usan junto con el drenaje postural para auxiliar la salida de secreciones pulmonares. Estos ejercicios aislados son de utilidad en el tratamiento que se usa para las enfermedades respiratorias.

EXISTEN DOS TIPOS:

- Activo: para el niño que en forma activa puede asumir varias posiciones.
- Pasivo: en el niño débil cuando la posición se produce para elevar la cama u otros medios.

PREPARACIÓN DEL USUARIO:

- Si el niño es de edad suficiente para comprender, la enfermera debe explicarle las posiciones que asumirá el niño, ayudarán a extraer líquido de los pulmones.
- Antes de iniciar la técnica, la enfermera debe explicar lo que se hará durante el procedimiento, como percutir y vibrar la pared torácica, para que no se alarme durante el procedimiento.
- Se dará una explicación detallada a los padres del niño, para que ayuden a conseguir la cooperación de su hijo.
- La ropa muy apretada deberá quitarse antes de iniciar el procedimiento.
- El médico identificará las zonas pulmonares afectadas por medio de percusión y auscultación, y por una radiografía.

EQUIPO:

Drenaje postural activo:

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- Riñonera
- Almohada cubierta
- Taburete, si es necesario.

Drenaje postural pasivo:

- Riñonera
- Elevador de cama, si es necesario.

Posiciones para el drenaje pasivo del niño:

- El niño se acuesta sobre el abdomen, en la cama o en el regazo de la enfermera
- La piñnera de la cama se eleva 50 cm del piso, y se coloca la riñonera en sitio conveniente.
- El procedimiento debe durar aproximadamente 10 a 15 minutos; el niño tose durante los últimos dos o tres minutos.

Posiciones para el drenaje activo del niño

Según áreas afectadas del pulmón:

Lóbulos superiores:

- 1) Drenaje de los sectores apicales de los lóbulos superiores; zona de apoyo plana, tronco inclinado hacia atrás.
- 2) Drenaje de los sectores posteriores de los lóbulos superiores. El niño descansa los antebrazos sobre una almohada cubierta sobre un taburete. La riñonera se coloca en el piso.

Lóbulo medio: El niño debe estar echado sobre el costado y con la cabeza más baja que el tronco que es sostenido por una almohada.

Lóbulo superior: Drenaje de los sectores anteriores de los lóbulos superiores, zona de apoyo plana, posición supina con almohada bajo las piernas.

Lóbulos inferiores: El niño se acuesta sobre el abdomen y se desliza sobre el borde de la cama hasta que las piernas se encuentren sobre la cama y la cabeza cerca del piso; o posición prono con almohadas.

El niño tose vigorosamente durante dos a tres minutos, mientras la enfermera palmea y vibra la zona torácica con la mano ahuecada.

Observaciones:

- Tener cuidado de no fatigar al niño durante el tratamiento.
- Conozca el resultado terapéutico previsto para asegurar que el niño reciba la utilidad máxima del procedimiento.
- Lleve a cabo la postura apropiada en el drenaje postural para drenar los lóbulos específicos del pulmón.

REGISTRO

- Duración de la técnica.
- Las varias posiciones que asumió el niño.
- Temperatura, pulso y respiración.
- Todo medicamento que se administre.
- Tipo y cantidad de secreciones que se expulsaron
- Uso de percusión y vibración.

ENSEÑANZA DEL NIÑO Y SUS PADRES

De a los padres instrucciones detalladas sobre las actividades que se emprenden al practicar drenaje postural en el hogar. Para enseñar estas actividades, coloque al niño en las varias posiciones y explique a los padres lo que deben hacer. Permita que ellos repitan la demostración.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

Informe al niño y a sus padres, si bien el enfermo sufre algún trastorno pulmonar, puede participar en las actividades normales de su grupo de edad, como jugar, nadar y saltar, pues esto tiende a incrementar la eficacia de los mecanismos de ventilación.

Instruya al niño que siga tosiendo según se le instruyó en el hospital.

Ayude al niño y a sus padres a crear un programa bien planeado de drenaje postural en el hogar, y a realizar este programa en forma sistemática.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Fármaco o medicamento: es una sustancia utilizada en el diagnóstico, tratamiento, cura, alivio o prevención de enfermedades.

Definición: Son los procedimientos por medio de los cuales se introduce al organismo por diferentes vías, sustancias medicamentosas o se aplican algunos tratamientos.

Guía para la administración de medicamentos:

- La forma de presentación del fármaco condiciona su vía de administración.
- La vía de administración del fármaco afecta la dosis óptima del mismo.
- Para la administración segura de medicamentos es necesario conocer la anatomía y fisiología, así mismo, el fármaco y las razones por las que se prescribe.
- El método de administración de un fármaco depende en parte de la edad de la persona, su orientación, grado de conciencia y problema de salud.
- Cada usuario necesita explicaciones y apoyo respecto a la administración de medicamentos.

Precauciones generales:

- Recordar siempre la regla de las cinco observaciones correctas para administrar cada medicamento: persona correcta, hora correcta, medicina correcta, dosis correcta y forma correcta de administración.
- Lavado de manos antes de preparar y administrar un medicamento.
- Comprobar que esté limpio o estéril todo el equipo de acuerdo a la vía de administración del medicamento.
- Evite la administración de un medicamento cuyo color, olor o consistencia se ha alterado.
- Mantener los medicamentos perfectamente tapados y en las condiciones necesarias para su adecuada conservación.
- Medir la cantidad exacta del medicamento.
- Administrar sólo medicamentos de frascos que tengan etiquetas rotuladas con claridad.
- La enfermera nunca debe registrar un fármaco antes de administrarlo.

Precauciones para elaborar tarjetas de administración de medicamentos:

- Emplear una tarjeta para cada medicamento.
- Revisar las indicaciones médicas del día correspondiente y elaborar las tarjetas de acuerdo a ella.
- Anotar en la tarjeta los siguientes datos: nombre del usuario, fecha, nombre del medicamento, dosis, vía, horario de administración, firma.

Consideraciones de Enfermería

- Registrar la medicación realizada inmediatamente después de haber administrado teniendo en cuenta lo siguiente:
 - Fecha y hora
 - Nombre del medicamento administrado
 - Dosis
 - Vía de administración
 - Observaciones realizadas
 - Firma
- Anotar el efecto, sobre todo si hubo reacción anormal.
- Anotar si un medicamento ha sido rechazado o no pudo administrarse.

Administración por vía oral:

Definición: Es el procedimiento que permite el paso de un medicamento a la circulación por la vía natural.

BASES CIENTÍFICAS:

Los medicamentos orales se absorben principalmente en el intestino delgado.

Los medicamentos de administración sublingual se absorben por los capilares debajo de la lengua.

Los medicamentos en forma líquida, al ser administrados se disuelven en el estómago y se absorben por la mucosa gástrica.

La absorción de un fármaco se retrasa cuando hay alimentos en el estómago o se administra en forma concentrada.

La disolución , una base alcohólica y el estómago vacío facilitan la absorción.

VENTAJA Y DESVENTAJAS:

VENTAJAS:

- **Comodidad:** por que es un método sencillo de administración
- **Economía:** porque los preparados para administración oral suelen costar menos que en otras presentaciones.
- **Seguridad:** porque la administración no altera protección alguna del cuerpo.

DESVENTAJAS:

- **Sabor:** los fármacos con sabor desagradable, pueden provocar náuseas y vómitos.
- **Irritación gástrica:** algunos medicamentos son particularmente irritantes para la mucosa gástrica; otros son destruidos por las secreciones del estómago.
- **Efecto en los dientes:** las drogas como el ácido clorhídrico dañan el esmalte, y los preparados líquidos de hierro suelen alterar su color.
- **Absorción en grado no preciso:** algunos trastornos la afectan como por ejemplo, el peristaltismo acelerado disminuye la absorción, por la rapidez de expulsión del

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- fármaco por el tubo gastrointestinal. Si una persona vomita después de ingerir un medicamento, no es posible conocer con seguridad la cantidad que retuvo.

Administración:

- Una vez que ha identificado adecuadamente al usuario le da su medicamento y permanece con él hasta que lo haya tomado.
- Por lo general resulta más fácil ingerirlos con agua o jugo.
- Si la consistencia de un líquido es desagradable, como el aceite mineral, por lo general, se toma con mayor facilidad si el medicamento se ha enfriado.

ADMINISTRACIÓN POR VÍA PARENTERAL

Definición: Procedimiento invasivo por el cual se introduce un medicamento directamente en los tejidos, por medio de una aguja hipodérmica.

Objetivos:

- Obtener un efecto más rápido, dependiendo de la velocidad de absorción del fármaco.

Tipos de inyección:

- Intradérmica
- Subcutánea
- Intramuscular
- Endovenosa

Vía Subcutánea:

Se introducen fármacos en los tejidos conectivos laxos situados por debajo de la dermis.

VENTAJAS Y DESVENTAJAS

Algunos medicamentos se administran mejor en el tejido subcutáneo con agujas subcutáneas.

Esta vía tiene la ventaja de una absorción casi completa, a condición de que la circulación sea adecuada. Los que se administran de esta forma no son afectados por trastornos gástricos.

La desventaja principal de este método es que al introducir una aguja por la piel se altera una de las barreras con que el cuerpo se protege de infecciones.

SITIOS DE USO FRECUENTE PARA APLICAR INYECCIONES SUBCUTÁNEAS:

La cara externa del brazo, el tejido abdominal laxo (periumbilical), la cara anterior del muslo y el área subescapular de la espalda, regiones glúteas superiores.

Consideraciones de enfermería

- El punto de inyección elegido no debe presentar lesiones cutáneas, prominencias óseas, músculos o nervios subyacentes.
- Realizar un diagrama de rotación de sitios de administración en caso de realizarse inyecciones subcutáneas en serie. Ej. Insulina o heparina.
- Las inyecciones subcutáneas deben administrarse separados al menos 2,5 cm del sitio anterior.
- Ningún sitio debe utilizarse de nuevo al menos 1 mes.
- Por vía subcutánea solo se deben administrar dosis pequeñas (0,5 a 1 ml) de fármacos hidrosolubles.
- La acumulación de fármacos en los tejidos pueden causar abscesos estériles, que presenta el aspecto de induraciones firmes y dolorosas por debajo de la piel.
- El peso corporal, indica la profundidad de la capa subcutánea , por consiguiente, se debe elegir la longitud de la aguja y el ángulo de inserción en función del peso.

Equipo:

- Jeringa
- Aguja
- Medicamento
- Antisépticos para la piel.

Administración:

- Lávese las manos
- Asear el sitio elegido con solución antiséptica.
- Dejar secar la piel antes de insertar la aguja, para evitar irritación local en el sitio de la inyección.
- Expulsar el aire de la aguja e introducir en un ángulo que depende del calibre de la aguja utilizada. Se recomienda inyectar profundo en el tejido subcutáneo.
- Una aguja de 1,7 cm se inserta en un ángulo de 90 ° , es perpendicular a la superficie de la piel.
- La aguja de 1,5 cm se inserta a un ángulo de 45 °
- Una vez la aguja se tira del émbolo para comprobar que no entró en un vaso sanguíneo. Si no aparece sangre en la jeringa, la solución se inyecta lentamente y después se extrae la aguja con rapidez.
- Después de extraerla se da masaje suave en la zona con una torunda aséptica para facilitar la dispersión de la solución .
- Si hay algún signo de hemorragia en el sitio de la inyección, la presión firme sobre el área por un minuto suele detenerla.

Registro: una inyección subcutánea se anota en la misma forma que cualquier otro medicamento, a veces es necesario también registrar el sitio de inyección.

Vía intramuscular:

Proporciona una absorción más rápida del fármaco, debido a la mayor vascularización del músculo.

VENTAJAS Y DESVENTAJAS

- La inyección intramuscular es el método de elección para administrar algunos medicamentos
- Es posible inyectar una cantidad mayor de líquido en el tejido muscular que en el subcutáneo
- La absorción en el músculo es más rápida que en el tejido subcutáneo, por su vascularidad
- El peligro de lesionar nervios y vasos sanguíneos es mayor
- El músculo es menos sensible a los fármacos irritantes de viscosidad alta.
- Un usuario normal, bien desarrollado, puede tolerar hasta 5 ml de fármacos sin experimentar molestias musculares importantes.
- Los niños, ancianos y los usuarios delgados pueden tolerar sólo 2 ml de una inyección intramuscular
- No se recomienda la administración de más de 1 ml a niños pequeños y lactantes.

Sitios de uso frecuente para aplicar inyecciones intramusculares:

- El sitio puede localizarse dividiendo el glúteo en cuadrantes.
- La inyección se administra en el cuadrante superior externo 5 a 8 cm por debajo de la cresta ilíaca.
- Si los glúteos del usuario están tensos, puede pedirle que flexione las rodillas para relajarlos durante la inyección.
- Otro sitio de aplicación es el músculo vasto externo en la cara anterolateral del muslo. La inyección puede administrarse en cualquier punto desde unos 10 cm. arriba de la rodilla hasta casi 10 cm. debajo de la articulación de la cadera.
- El músculo deltoides del brazo también se utiliza, pero para la administración de pequeños volúmenes de fármacos.
- Se aplican a dos traveses de dedo debajo de la apófisis en la cara externa del brazo.

Consideraciones de enfermería

La administración de fármacos por vía intramuscular debe ser realizada de acuerdo a las zonas anatómicas para su aplicación, por el peligro de causar lesión tisular o inyectar el fármaco directamente en los vasos sanguíneos.

- El peso y la cantidad de tejido adiposo pueden influir en la selección del tamaño de aguja.
- El ángulo de inserción de una inyección intramuscular es de 90 ° .
- El músculo es menos sensible a los fármacos irritantes de viscosidad alta.
- Un usuario normal, bien desarrollado, puede tolerar hasta 5 ml. de fármaco, sin experimentar molestias musculares importantes.
- Los niños, ancianos y los usuarios delgados pueden tolerar sólo 2 ml de una inyección intramuscular.
- No se recomienda administrar más de 1 ml a niños pequeños y lactantes.

Equipo:

- Jeringa desechable de 2,5 - 5 y 10 cc de acuerdo a la cantidad de líquido a administrar.
- Agujas hipodérmicas N ° 18 para preparar la solución , si el tapón es de goma o el medicamento es aceitoso.
- N ° 20 a 26 según la clase de solución , inyección y condiciones del usuario.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- Algodón humedecido en solución antisépticas.
- Algodón seco.

Administración

- Lávese las manos
- Se palpa músculo y se asea la piel para la inyección intramuscular
- Se inserta la aguja en ángulo de 90°, a la profundidad necesaria para llegar al centro del músculo.
- Cuando la aguja se inserta con suavidad y firmeza, es un procedimiento relativamente indoloro
- Se extrae el émbolo para comprobar que no se ha penetrado en un vaso sanguíneo
- Conservando la aguja en su sitio, se inyecta la solución lentamente en el tejido muscular
- Se extrae la aguja rápidamente y se frota suavemente el área con torunda para ayudar a dispersar la solución
- Lávese las manos.

Inyección intramuscular en niños:

Procedimiento:

- Lávese las manos
- Se debe seleccionar un lugar no muy sensible y utilizar una aguja de calibre mas pequeño.
- La longitud de la aguja dependerá del tamaño y edad del pequeño
- No debe inyectarse más de 2 ml en un solo sitio.
- El líquido debe inyectarse con lentitud para que se disperse en la masa muscular
- Retire el émbolo para cerciorarse que no penetra sangre en la jeringa, si la hubiere, retire levemente la aguja e intente nuevamente.
- La inserción rápida de la aguja a través de la piel tensa disminuirá el dolor.
- El masaje del área aumentará la circulación, lo que diluye la solución y por lo tanto facilita su absorción.
- En niños de muy corta edad, los glúteos son muy pequeños y tienen muy poco desarrollo y las inyecciones en estas áreas pueden lesionar el nervio ciático, por esta razón se aconseja usar las caras externas o anterior del muslo para inyecciones intramusculares en lactantes y niños que comienzan a caminar, pues no hay nervios importantes en esta región.
- Lávese las manos

Tratamiento Intravenoso

Definición:

Es la administración de medicamentos mediante venopunción, directamente al torrente circulatorio

Objetivos

Corregir o prevenir las alteraciones del equilibrio líquido y electrolítico en usuarios que padecen o que pueden llegar a padecer cuadros agudos.

Mezcla de grandes volúmenes de líquidos

Obtener una acción rápida del medicamento

Administrar sustancias muy irritantes o solución es que no se pueden aplicar por otra vía.

Reposición de líquidos en usuarios que no pueden ingerir líquidos por vía oral.

Precauciones:

Comprobar el tipo de fármacos que se va a administrar, dosis, vías.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

Evitar administrar por esta vía sustancias oleosas (aceitosas)

Aplicar lentamente la inyección, si no hay contraindicaciones

Observar la reacción del usuario

Comprobar que la aguja esté dentro de la vena, aspirando suavemente varias veces durante la administración de la medicina.

Tipos de solución es:

Las soluciones se pueden clasificar como: isotónicas, hipotónicas e hipertónicas.

Una solución es isotónica si el contenido total de electrolitos se aproxima a 310 mEq .

Una solución hipotónica es aquella en la que la concentración total de electrolitos está por debajo de 250 m Eq/l.

Una solución hipertónica tiene un contenido total de electrolitos igual o superior a 375 m Eq/l.

Equipo:

- Solución intravenosa
- Catéter periférico adecuado para venopunción (según usuario).
- Antiséptico
- Compresor (goma de ligar)
- Guantes
- Esparadrapo
- Gasitas
- Soporte de suero

Consideraciones de enfermería

La administración de fármacos intravenosos, la mezcla de fármacos en volúmenes grandes de líquidos es el más seguro y el más sencillo.

Los fármacos se diluyen en grandes volúmenes (500 o 1000 ml) de líquidos intravenosos compatibles, tales como suero fisiológico o solución Ringer de Lactato.

Los efectos secundarios o de reacciones mortales son mínimos cuando se administra por infusión, en el periodo de tiempo prescrito.

El líquido intravenoso si se infunde en forma rápida el usuario puede sufrir una sobrecarga circulatoria.

Bases científicas

- Todos los líquidos intravenosos deben administrarse cuidadosamente, en especial las solución es hipertónicas, que pueden incorporar líquido al territorio vascular por osmosis,
- produciendo un aumento de la volemia vascular que puede desencadenar en edema pulmonar.
- Con frecuencia se añaden determinados aditivos sobre todo vitaminas y cloruro de potasio a las solución es intravenosas.
- Los usuarios con función renal normal que no ingieren alimentos por vía oral han de recibir un suplemento de potasio con la solución intravenosa.
- Se utilizan diferentes tipos de equipos de sueros, para administrar la medicación o líquidos intravenosos:

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- a) La solución que se administra rápidamente requiere ser profundida mediante un equipo macrogotero.
- b) El equipo microgotero proporciona un tamaño de gotas estándar de 60 gotas / ml.
- c) Equipo de volutrol, contenedor para dilución de medicamentos.

Procedimiento:

- Identificar una vena accesible para la colocación del catéter periférico.
- Evitar las prominencias óseas.
- Evitar situar el catéter intravenoso sobre la muñeca o en el pliegue del codo.
- Lavarse las manos.
- Abrir los envases estériles empleando una técnica aséptica.
- Abrir el equipo de perfusión, conservando estériles los dos extremos.
- Colocar la pinza 2 – 4 cm por debajo de la cámara de goteo del equipo.
- Mover la rueda hacia la posición off.
- Insertar el equipo de perfusión en el frasco de solución :
 - a) Retirar el tapón protector del frasco intravenoso sin tocar el orificio.
 - b) Retirar el tapón protector del extremo de inserción del equipo sin tocar el extremo, e insertar este en el orificio del frasco. O también insertar el extremo en la abertura adecuada del tapón de goma del frasco intravenoso.
- Purgar el equipo.
- Colocar el compresor (torniquete) 10 – 12 cm. por encima de la zona de inserción.
- Seleccionar una vena bien dilatada. Los métodos para estimular la dilatación venosa incluyen: el frotamiento de la extremidad distal al proximal, abrir y cerrar el puño, golpeteo ligero sobre la vena.
- Calzarse los guantes.
- Limpiar la zona con movimiento circular.
- Realizar la venopunción
- Fijar la vena apretando el pulgar sobre ella y distendiendo la piel en contra de la dirección de la inserción 6 a 8 cm en dirección distal al punto de inserción.
- Aplicar el catéter venoso periférico.
- Observar si la sangre avanza a través de la cámara del catéter indicando que la aguja ha entrado en la vena.
- Bajar la aguja hasta que casi toque la piel. Introducir el catéter aproximadamente en cuarto de su longitud, dentro de la vena, retirando a continuación el fiador. Continuar avanzando hasta que el cono quede situado en el punto de punción.
- Estabilizar con una mano, soltar el torniquete y eliminar el fiador.
- Conectar el adaptador y la aguja del equipo de perfusión al cono del catéter.
- Soltar la rueda de la pinza para que comience a circular la perfusión a un flujo que conserve la permeabilidad de la vía intravenosa.
- Quitarse los guantes.
- Fijar el catéter con esparadrapo:
 - a) Colocar una pieza de esparadrapo estrecho por debajo del catéter con el lado adhesivo hacia arriba, en una posición que esté cruzando sobre el mismo.
 - b) Colocar una pieza de esparadrapo directamente sobre el cono del catéter.
 - c) Fijar el tubo de perfusión al brazo con piezas de esparadrapo.
- Desechar el equipo y lavarse las manos.
- Ajustar el flujo al número correcto de gotas por minuto.
- Anotar la fecha y hora de colocación de la vía intravenosa, goteo por minuto y nombre de la persona que realizó el procedimiento y colocarlo por el frasco.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

Registro:

- Registrar momento en que se empezó la infusión, tipo de solución , flujo, calibre y tipo de catéter o aguja.
- Anotar la respuesta a la solución intravenosa y cantidad perfundida.

ADMINISTRACIÓN DE LIQUIDO PARENTERALES A NIÑOS / AS

VÍA PERIFÉRICA:

PROCEDIMIENTO:

- Identifique una vena periférica accesible. En los niños pequeños menores de 2 meses de edad, esta es generalmente la vena cefálica, en el pliegue del codo o la cuarta vena interdigital en el dorso de la mano.
- Una ayudante debe mantenerse en posición inmóvil y cumplir la función de un torniquete, dificultando el retorno venoso mediante la colocación de los dedos apenas cerrados alrededor del miembro.
- Limpie la piel circundante con una solución antiséptica, coloque entonces la cánula en la vena e introduzca la mayor parte de ella.
- Sujete la cánula firmemente con cinta adhesiva.
- Aplique una tablilla habiendo colocado el miembro en una posición adecuada
- Si la cánula se va a usar para la administración intermitente de medicamentos intravenosos, inyecte 0,5 ml de solución de Heparina para enjuagar la sangre de la cánula por el punto de entrada. Si no se dispone de Heparina puede usarse solución salina normal o solución glucosada al 5%.

CUIDADOS:

- Mantenga la piel subyacente limpia y seca
- Límpiela diariamente con una solución antiséptica
- Para reducir al mínimo el riesgo de infección, la cánula no debe mantenerse en el mismo sitio durante más tiempo del necesario (72 hs), y se retirará si se presentan complicaciones.

INYECCIÓN INTRADÉRMICA:

Es la inyección de una pequeña cantidad de líquido en la capa dérmica de la piel. Esta vía también se utiliza para pruebas cutáneas. Ej. Prueba de la tuberculina o pruebas alérgicas.

Sitios de aplicación:

Las áreas del cuerpo que se utilizan comúnmente, son la parte media anterior del antebrazo y la región subescapular de la espalda.

Equipo:

- Se utiliza una jeringa de 1 ml. Con aguja del N ° 26 de 1 cm. de largo.
- Medicamento a administrar.
- Torundas y antiséptico

Administración:

- Lávese las manos
- La aguja se introduce en un ángulo de 5 a 15 ° con el bisel hacia arriba y el líquido se inyecta para formar una pequeña pápula justo debajo de la piel.
- Lávese las manos

INYECCIÓN ENDOVENOSA:

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

Definición: Es la administración de medicamentos mediante venopunción, directamente al torrente circulatorio.

Objetivos:

- Obtener una acción rápida del medicamento.
- Administrar sustancias muy irritantes o solución es que no se puedan aplicar por otra vía.

Precauciones.

- Comprobar la indicación médica ,tipo de fármaco que se ha de administrar, la dosis y la vía.
- Evitar administrar por esta vía sustancias oleosas (aceitesas).
- Aplicar lentamente la inyección si no hay contraindicaciones.
- Observar la reacción del usuario
- Comprobar que la aguja esté dentro de la vena, aspirando suavemente varias veces durante la administración de la medicina.

Procedimiento:

- Lávese las manos.
- Coloque al usuario en posición adecuada y seleccione la vena.
- Aplique el torniquete cuatro dedos arriba del sitio de punción.
- Limpie el área con el algodón humedecido en solución antiséptica.
- Fije la vena, introduzca la aguja con el bisel hacia arriba, aspire para estar segura de que está dentro de la vena.
- Suelte el torniquete e inyecte la medicina.
- Luego de aplicar la medicina, retire la aguja en movimiento rápido y haga la presión con el algodón sobre el área.
- Lávese las manos.

Aplicación Tópica:

Los medicamentos pueden aplicarse en la piel o las mucosas en forma de lociones, ungüentos o linimentos, cremas y pomadas.

Las primeras son preparados líquidos que suelen usarse para proteger, calmar o reblandecer áreas superficiales, aliviar prurito o evitar la multiplicación de microorganismos.

Los ungüentos:

Son preparados con una base de grasa como manteca, vaselina o aceite. Pueden aplicarse en la piel o las mucosas, en donde se funden por el calor del cuerpo y se absorben .

Los ungüentos se utilizan a menudo con fines antisépticos o antimicrobianos.

Equipo:

- Bandeja
- Frasco o tubo de ungüento
- Gasa estéril
- Tela adhesiva
- Bajalenguas

Administración:

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- Lávese las manos
- Exponer el área
- Abrir el frasco o tubo
- Colocar unguento en el bajalenguas y se aplica en el área con movimientos suaves pero firmes.
- Observar la piel para ver si hay cambios de color, exantema o tumefacción.
- Aplicar un apósito, según esté indicado, para evitar que el unguento ensucie la cama o la ropas del usuario.

Linimentos y Lociones

Son líquidos que se aplican a la piel por frotamiento. Suelen utilizarse los vasos sanguíneos superficiales y ayudan a relajar músculos tensos.

Equipo:

- Bandeja
- Frasco de loción
- Paquetes de gasa estéril o torundas de algodón.
- Guantes.

Administración:

- Lavarse las manos
- Descubrir el área donde se aplicará la loción o linimento.
- Abrir el frasco y el paquete de gasa o torundas.
- Calzarse el guante.
- Verter la cantidad necesaria del medicamento en la gasa o torunda, cuidando de no derramar el líquido sobre la etiqueta.
- Aplicar la loción o linimento en el área afectada.
- Las lociones no se frotran, los linimentos si.
- Se repite el procedimiento hasta cubrir toda la zona indicada.
- Observar cambios de color, tumefacción, aparición de exantema u otros signos visibles en el área.
- Lávese las manos.

Instilaciones

Es la introducción de pequeñas cantidades (gotas) de un medicamento en una abertura del cuerpo.

Son sitios comunes de instilación: oídos, ojos, nariz, garganta, vagina y recto.

Instilación Óticas: Los medicamentos líquidos se instilan en la cavidad auditiva por dos razones en general; introducir un agente ablandador para extraer con facilidad el cerumen, o una suspensión de antibióticos en caso de infección del conducto auditivo o el tímpano.

Equipo:

- Bandeja
- Gotero estéril
- Frasco del fármaco
- Torundas estériles de algodón

Observación:

El medicamento siempre debe entibiarse antes de instalarlo en el oído.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

Las solución es frías son incómodas y pueden causar vértigos o náuseas porque estimulan los receptores sensoriales del equilibrio.

El frasco con las gotas puede colocarse en un recipiente de boca pequeña con agua caliente, unos minutos antes de usarlo.

Instilaciones Oculares

Las gotas y pomadas oftálmicas son medicaciones utilizadas por los usuarios, incluyendo los preparados sin receta como lágrimas artificiales, descongestivos y vasoconstrictores.

Normas para la administración

- No debe instalarse ninguna forma de medicación directamente sobre la córnea, porque ella es muy sensible a cualquier medicamento.
- El riesgo de transmisión de infecciones de un ojo a otro es alto. No toque los párpados u otras estructuras del ojo con los aplicadores de gotas o los tubos de pomada.
- Utilice los fármacos oftálmicos solo para el ojo afectado.
- Nunca permita que el usuario utilice los fármacos oculares de otra persona.

Procedimientos:

- Lávese las manos
- Explique el procedimiento al usuario
- Pedir al usuario que mire hacia arriba, para evitar que el gotero toque la cornea si este parpadea, y que mueva el ojo cuando se instilan las gotas.
- Estirar el párpado inferior hacia abajo, utilizando los dedos índice y pulgar izquierdo, para exponer el fondo del saco inferior y se gotea el medicamento.
- El exceso de gotas en la mejilla puede limpiarse con una torunda o toalla de algodón.
- Si se aplica unguento, se deja una tira delgada de el a lo largo del fondo del saco.
- Después de la aplicación, es necesario cerrar los párpados del usuario suavemente.
- Pidiéndole que gire el ojo con los párpados cerrados el medicamento recubrirá todo el exterior del globo ocular.
- El párpado se seca suavemente con una torunda o una toalla de algodón para eliminar el exceso.
- Lávese las manos.

Instilaciones nasales:

El propósito usual de instilar medicamentos en la nariz, es utilizado para aliviar los síntomas de congestión sinusal y del resfrío.

Equipos:

- Bandeja
- Medicamento
- Inhalador o atomizador
- Toallas desechables de papel

Administración:

- Lávese las manos.
- Explique el procedimiento al usuario.
- La posición más adecuada para la instilación de gotas nasales es la dorsal.
- Una almohada debajo de los hombros permite que la cabeza caiga hacia atrás, y el medicamento penetre a fondo en la cavidad nasal.
- Para no tocar las superficies externas o internas de la nariz, sostener el gotero ligeramente arriba de la fosa en que se instilaran las gotas.
- Se pide al usuario que permanezca acostado cinco a diez minutos para que se absorba.
- Cuando se utiliza un inhalador o atomizador, se sigue el mismo procedimiento. Durante el procedimiento se pide al usuario que respire por la nariz con la boca abierta.

Consideraciones de Enfermería

Debe advertirse a los usuarios que no deben abusar del uso de instilaciones nasales, debido a que pueden producir un efecto rebote en el que la congestión nasal empeora.

- Cuando se ingiere un exceso de solución descongestionante se pueden desarrollar efectos sistémicos graves, especialmente en niños.
- Las gotas de suero fisiológico, son más seguras como descongestionante en niños, que los preparados nasales, que contienen simpaticomiméticos.
- En caso de usuarios que usan pulverizadores nasales en forma repetida, la enfermera debe comprobar si existe irritación de la nariz.
- Las gotas nasales son eficaces en el tratamiento de las infecciones de los senos paranasales.

Instilaciones en la garganta

La garganta puede despejarse (con aerosol) o pincelarse para aplicar un antiséptico o un anestésico.

Equipo:

- Bandeja
- Baja lenguas
- Medicamento
- Aplicadores con punta de algodón (para pincelar).

Administración:

- Lávese las manos.
- Explique el procedimiento al usuario.
- Pedir al usuario que doble la cabeza hacia atrás y abra la boca.
- Sostener baja la lengua con una bajalenguas y aplicar el aerosol o el medicamento, con un atomizador en el primer caso o aplicadores con punta de algodón para pincelar los tejidos.
- Lávese las manos.

Instilaciones vaginales

En la vagina suelen instilarse medicamentos para combatir infecciones. Pueden aplicarse en óvulos, espumas, jaleas o cremas.

Equipo:

- Bandeja
- Guantes
- Medicamentos

Administración:

- Exponer el área perineal.
- Conservando abierta la vagina con la mano izquierda, introducir en ella el óvulo o la punta del tubo aplicador, si se utiliza este último, se oprime el émbolo para expulsar la crema o jalea.
- Se coloca un apósito para evitar que el medicamento ensucie la ropa de la usuaria.

Instilaciones rectales:

- Para administrar un supositorio rectal, se coloca al usuario en decúbito lateral con la pierna superior flexionada (posición de Sims). Con una mano enguantada, se introduce el supositorio, justo arriba del esfínter anal interno, para evitar que se expulse.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- No se debe forzar la introducción del supositorio en una masa de materia fecal, por ello es necesario vaciar el recto previamente, con un pequeño enema limpiador.

V. ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA RELACIONADAS CON LA NUTRICIÓN DEL PACIENTE Y TRATAMIENTOS EN EL TRACTO GASTROINTESTINAL.

ATENCIÓN AL PACIENTE DURANTE LA ALIMENTACIÓN

Definición: Son los cuidados que se prestan al paciente al administrar alimentos o medicamentos por vía natural o artificial.

Principios Científicos:

- La ira, el temor, la ansiedad y el dolor, inhiben la secreción gástrica e interfieren el proceso de la digestión.
- Los malos olores y el aspecto desagradable de las comidas inhiben el apetito.
- La satisfacción de las necesidades psicológicas individuales, incluyen en la buena nutrición.
- En la regulación de la ingestión de los alimentos, intervienen en gran parte factores emocionales conscientes e inconscientes.
- Los modales usados por las personas al ingerir los alimentos, interfieren las relaciones interpersonales, si ellos difieren entre sí.
- La ingestión de alimentos además de aliviar el hambre satisface el instinto de placer.

Atención durante la alimentación por vía oral

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

Definición: Son los cuidados que se dan al paciente durante la ingestión de alimentos por vía natural.

Principios Científicos

Objetivos:

- Proporcionar los elementos nutritivos necesarios para mantener o recuperar la salud y prevenir enfermedades.
- Enseñar buenos hábitos alimentarios.

Precauciones:

- Proporcionar ambiente adecuado.
- Vigilar que la dieta sea ordenada.
- Dar los alimentos si el paciente está imposibilitado.
- Retirar los alimentos que fastidien al paciente.
- Satisfacer los gustos personales según hábitos nutricionales y costumbres religiosas sin que se altere el régimen ordenado.
- Colocar la bandeja y demás utensilios a su alcance.
- Llevarlo al comedor del pabellón para que tenga un ambiente social, si no hay contraindicaciones.
- Hacer que los alimentos sean servidos a la temperatura correspondiente.
- Dar buena presentación a los platos para que se estimule el apetito.
- No insistir si el paciente no quiere comer más.

Equipo:

- Mesita
- Bandeja con los alimentos ordenados.
- Juego de cubiertos.
- Servilleta.

Procedimiento:

- Airee el cuarto antes de servir los alimentos.
- Pase lo necesario para el lavado de manos y arreglo personal del paciente.
- Coloque al paciente cómodamente y acerque la mesita.
- Presente la bandeja con la dieta
- Empiece por el alimento que el paciente prefiera. Ayúdalo a partir los sólidos.
- Permítale descanso a intervalos.
- Haga uso de la servilleta cada vez que sea necesario.
- Termine cuando él desee y retire la bandeja.

Cuidados con el Equipo y Anotaciones en el Registro Clínico

Remitir la bandeja al Departamento de dietas.

Anotar:

1. Apetito.
2. Cantidad de alimentos ingeridos.
3. Gustos especiales
4. Reacciones.

Alimentación por Gastrostomía.

Definición:

Es el cuidado que se da al paciente cuando los alimentos se administran por una sonda introducida al estómago a través de la pared abdominal.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

Precauciones:

- Verificar que la sonda esté permeable.
- Licuar y colar los alimentos.
- Evitar la obstrucción o salida del tubo.
- Aplicar lubricante antiácido alrededor del orificio para evitar laceraciones de la piel.
- Enseñar los cuidados y manejos por sí mismo si la gastronomía es permanente.
- Administrar alimentos según la frecuencia, cantidad y calidad ordenada.
- Llevar al paciente el alimento bien presentado y a una temperatura adecuada.
- Administrar 500 ml. Como máximo en una sola toma.
- Dejar al paciente en posición intermedia de Fowler, después de administrar los alimentos.
- Evitar la entrada de aire al estómago.

Equipo

Bandeja con:

- Un recipiente graduado
- Jeringa sin émbolo de 50 ó 60 cc.
- Toallita
- solución o dieta ordenada a temperatura de 37°C.
- Riñonera.
- Vaso ó recipiente con agua.

Procedimiento:

5. Mida el alimento en el recipiente graduado.
6. Coloque al paciente en posición semisentado.
7. Conecte a la sonda ó la jeringa.
8. Pase el agua por el tubo para asegurarse de que está permeable.
9. Vierta el alimento lentamente por la jeringa.
10. Cierre el tubo y espere un momento, para evitar que el alimento sea regurgitado.
11. Haga pasar 20 ml. De agua tibia para limpiar el tubo de la gastrostomía.
12. Cierre el tubo.
13. Instruya al paciente para que guarde quietud y descanso después de pasar el alimento.
14. Haga limpieza de la gastrostomía cuantas veces sea necesario durante el día.

Nota: Si la alimentación del paciente se ordena por goteo continuo, el equipo debe ser cambiado por:

Equipo para gastroclisis desechable, o en su defecto:

- Frasco graduado con el alimento.
- Equipo de venoclisis.
- Llave de paso.
- Atril.

Se hace conexión del tubo de la gastrostomía con el frasco y se gradúa la entrada del alimento a un número determinado de gotas por minuto, más o menos sesenta gotas, o si se dispone por bomba infusora.

Cuidado con el Equipo y Anotaciones en el Registro Clínico:

Anotar:

1. Cantidad y clase de sustancia introducida, en la hoja de Enfermería y en la hoja de Control de líquido.
2. Tolerancia y reacciones especiales.
3. Condiciones de la herida.

ALIMENTACIÓN POR SONDA NASOGÁSTRICA

Definición:

Es la atención que se da al paciente cuando se administran alimentos por una sonda que se introduce por la boca o la nariz y que llega al estómago a través del esófago.

Principios Científicos:

Objetivo:

Administrar elementos nutritivos básicos al paciente que está imposibilitado para recibir los alimentos por la boca o que se niega a tragar.

Precauciones:

- Asegurarse que el tubo está permeable.
- Verificar que la sonda se halla en el estómago.
- Llevar el alimento al paciente bien presentado y a temperatura adecuada.
- Dar enseñanza al paciente o a un familiar sobre:
 - Procedimiento
 - Cuidados con el equipo.
 - Preparación de alimentos que satisfagan las necesidades nutricionales
- Pasar agua tibia por la sonda después de dar los alimentos
- Administrar 500 ml. Como máximo en una sola toma.
- Evitar entrada de aire al estómago.

Equipo:

Bandeja con:

- Recipiente con alimento y cantidad ordenada.
- Jeringa de 50 cc ó 60 cc, sin émbolo.
- Pinza o llave de paso.
- Toallitas.
- Riñonera.
- Vaso o recipiente con agua.

Procedimiento:

1. Coloque al paciente en Semifowler.
2. Conecte a la sonda el embudo o la jeringa.
3. Pase agua por el tubo para asegurarse que la sonda está permeable.
4. Vierta el alimento en la jeringa o embudo antes de que termine de pasar el contenido y deje que avance lentamente hasta terminar la cantidad ordenada.
5. Pase nuevamente agua para impedir que la sonda se tape.
6. Cierre y limpie el exterior de la sonda.
7. Fije la sonda de modo que no incomode al paciente.

Nota: Si la alimentación del paciente se ordena por goteo continuo, observe la nota del Procedimiento de Alimentación por Gastrostomía.

Cuidado con el Equipo y Anotaciones en el Registro Clínico:

Anotar:

- a) Cantidad y clase de sustancia introducida, en la hoja de Enfermería y en la hoja de Control de Líquidos.

b) Tolerancia y reacciones especiales.

ADMINISTRACIÓN DE oxígeno

DEFINICIÓN: Son los métodos utilizados para suministrar el oxígeno necesario para la oxigenación de la sangre en los pulmones.

OBJETIVOS:

- Corregir la hipoxia.
- Disminuir el trabajo respiratorio
- Disminuir el trabajo del miocardio

Bases científicas para la acción: La fisiología respiratoria se ocupa de la oxigenación del organismo mediante la ventilación, la perfusión y el transporte de gases respiratorios.

- Las arterias y venas sistémicas ceden oxígeno y nutrientes a los tejidos y retiran de ellos sustancias de desecho.
- Las dificultades respiratorias producen en el individuo ansiedad y angustia.
- Las emociones, como la ira y la excitación, aumentan la frecuencia respiratoria.
- La respiración es el intercambio de los gases oxígeno y anhídrido carbónico entre el organismo y el medio ambiente.
- Las vías respiratorias altas se denomina espacio muerto, porque en él no se produce intercambio gaseoso.
- La respiración externa es el intercambio gaseoso entre la sangre pulmonar y el aire alveolar. La interna es el intercambio gaseoso entre las células de los tejidos y la circulación sistémica.
- Las fosas nasales, laringe, faringe, actúan filtrando, calentado y humidificando el aire inspirado.
- El centro de la respiración lo constituye un grupo de neuronas localizado en la protuberancia.
- Las células del cerebro requieren una oxigenación constante, o de lo contrario se producen lesiones irreversibles.
- La respiración es un acto inconsciente e involuntario.
- El flujo rápido de oxígeno ocasiona sequedad en las mucosas.
- Las vías respiratorias están revestidas por epitelio que tiene muchas células mucossecretoras.
- La irritación de la membrana mucosa puede aumentar o disminuir la secreción de moco.
- El aire caliente, seco y sin filtro, irrita el tracto respiratorio aumentando sus secreciones.
- El resecaamiento del tracto respiratorio ocasiona espesamiento y empastamiento de las secreciones dentro del mismo.
- Suspender la administración de oxígeno por catéter, cuando se va a alimentar al usuario.

MÉTODOS DE ADMINISTRACIÓN:

- Catéter nasal
- Cánula nasal
- Mascarilla facial
- Ventilación mecánica

ADMINISTRACIÓN DE oxígeno POR CATÉTER NASAL

DEFINICIÓN: Procedimiento por el cual se administra bajo flujo de oxígeno por medio de un catéter de oxígeno en la nariz hasta la oro faringe.

PRECAUCIONES:

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- Comprobar la permeabilidad de las fosas nasales.
- Utilizar un flujo máximo de 6 litros por minutos, alternando la fosa nasal.
- Retirar y limpiar el catéter cada 8 horas.
- Hacer la limpieza de fosas nasales con frecuencia.

EQUIPO:

Bandeja con:

- Catéter nasal
- Conector de O₂
- Frasco humidificador con agua
- Esparadrapo
- Balón de oxígeno con manómetro

BASES CIENTÍFICAS:

- El suspiro y el bostezo son inspiraciones prolongadas.
- El estornudo y la tos son reflejos protectores útiles para la expulsión de cuerpos extraños del tracto respiratorio.
- Los narcóticos, anestésicos volátiles y el alcohol administrados en altas dosis, deprimen el centro respiratorio.
- El tabaquismo afecta el mecanismo de limpieza ciliar de las vías respiratorias.
- Las drogas broncodilatadoras relajan la musculatura de bronquios y bronquiólos y ensanchan su luz.
- Los expectorantes actúan por mecanismo reflejo o por estimulación directa sobre las glándulas de la mucosa traqueobronquial.
- Los antitusígenos actúan sobre el reflejo tusígeno por acción periférica sobre las mucosas, o por acción central sobre el centro de la tos.
- Los anestésicos generales, los hipnóticos y el frío deprimen la acción de las cilias del epitelio traqueobronquial.
- Los antibióticos, antisépticos y quimioterápicos ejercen acción directa sobre las bacterias del tracto respiratorio, si se administran en forma de aerosol.
- La necesidad que las células tienen de oxígeno esta en relación directa con su metabolismo.
- Una tensión de oxígeno demasiado alta, inhibe la actividad enzimática y tiene efecto tóxico para el organismo.
- El oxígeno existe en el aire en forma libre en una proporción de 21 volúmenes p%.
- El oxígeno es más pesado que el aire.

MEDIDAS DE SEGURIDAD:

- El oxígeno es un gas altamente combustible, aunque no se prenda o explote espontáneamente, puede provocar incendios fácilmente si entra en contacto con una chispa.
- Prohibir el uso de cigarrillos, mecheros o cualquier material que produzca chispa cerca al lugar donde esté el oxígeno.
- Vigilar que el frasco humidificador de oxígeno contenga agua suficiente para que haga burbujas para evitar resecamiento de las vías respiratorias altas.

PROCEDIMIENTO:

- Abra y vuelva a cerrar rápidamente la válvula del balón y conecte el regulador.
- Establezca el sistema humedecedor.
- Instale el catéter nasal en las fosas nasales
- Abra la llave que comunica el cilindro de oxígeno con el regulador y determine el flujo indicado.
- Fije con un esparadrapo el catéter sobre la nariz, mejilla o frente según el caso.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- Son dispositivos sencillos y cómodos.
- La longitud de la cánula debe ser de 1,5 cm aproximadamente y que se inserte al conector de oxígeno preparado y a la fosa nasal (en caso que no se cuenta con cánula nasal).
- El oxígeno a administrarse por este medio, no debe sobrepasar los 4 litros por minutos. Flujos superiores secan la mucosa de las vías aéreas y no elevan la concentración de oxígeno inspirado.

CONSIDERACIONES DE ENFERMERÍA

- Su forma se adapta convenientemente sobre boca, nariz, se fija en posición, mediante una cinta.
- Hay dos tipos esenciales, de alta y baja concentración.
- La máscara facial de plástico con una bolsa reservorio y la máscara venturi, pueden liberar concentraciones de oxígeno más altas.
- La máscara facial con bolsa reservorio puede liberar de un 80 a 90 % de oxígeno (aporte de oxígeno a concentración alta).
- El profesional de enfermería debe inspeccionar con frecuencia la bolsa, comprobando que está inflada. Si se vacía el usuario puede estar respirando grandes cantidades de dióxido de carbono.
- La máscara venturi, puede utilizarse para aportar concentraciones de oxígeno de 24 a 55 %, con índices de flujo de 2 a 14 litros por minuto, dependiendo del controlador del flujo que se elija.
- La máscara facial simple, se utiliza para oxigenoterapia a corto plazo. Aporta concentraciones de oxígeno entre el 30 y el 60 %. Está contraindicada en usuarios que retienen dióxido de carbono.

TRATAMIENTOS POR MEDIOS FÍSICOS

APLICACIÓN DE FRÍO Y CALOR

TIPOS DE APLICACIONES: El calor y el frío son grados relativos de temperatura que dependen, en cierta medida, de la percepción del individuo. La temperatura se percibe como fría a fresca, templada, indiferente y caliente a muy caliente. Las diferentes áreas del cuerpo tienen distinta sensibilidad a los cambios de temperatura.

Puede utilizarse como medidas terapéuticas muchos tipos diferentes de aplicaciones de calor y frío.

APLICACIÓN DE FRÍO:

- Seco: Bolsa de hielo, collar de frío.
- Húmedo: Compresas húmedas, bloques fríos, baño de esponja fría.

APLICACIÓN DE CALOR:

- Seco: Bolsa de agua caliente, termo eléctrico, lámpara infrarroja.
- Húmedo: Compresas calientes, baños de vapor, baños con agua caliente (baño de asiento).

EFFECTOS FISIOLÓGICOS:

- Calor:** Acelera la circulación, aumenta la temperatura local, aumenta la transpiración, produce edema local, relaja los músculos.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- **Frío:** Disminuye la irrigación sanguínea, disminuye la sensación de dolor, disminuye la temperatura local, la piel se palidece y se entumece, el frío contrae los vasos sanguíneos (vasoconstricción) por lo tanto ayuda a cohibir la hemorragia, evita la equimosis, anestesia la piel reduciendo al mínimo la sensación de dolor. Retarda los procesos de formación de pus y contiene una inflamación aguda. Se debe extremar las precauciones cuando se aplica frío en niños y en personas de edad. Las personas que padecen de anemia y mala circulación están expuestas a reacciones desfavorables al frío.

OTROS TIPOS DE APLICACIÓN DE CALOR:

- Botellas de agua caliente.
- Almohadilla de agua caliente con unidad de control.
- Bolsas desechables de calor.
- Lámparas de calor.
- Baño de inmersión.

INDICACIONES PARA APLICAR EL CALOR:

- Aliviar el espasmo muscular.
- Aliviar el dolor.
- Reducir tumefacción.
- Relajar la musculatura.

INDICACIONES PARA APLICAR EL FRÍO:

- Detener hemorragias.
- Reduce los procesos inflamatorios.
- Aliviar el dolor.
- Retrasa los procesos de supuración.
- Se puede utilizar como anestésico local.

APLICACIÓN LOCAL DE FRÍO: Uso de bolsa de hielo:

PROCEDIMIENTO:

1) Reúna los elementos y prepare el equipo en utilidades de enfermería:

- Bolsa de látex o goma para hielo.
- Cubos de hielo o hielo granizado.
- Cuchara o utensilio similar.
- Toalla.

Si la bolsa se llena de hielo granizado se adaptará mucho mejor a la zona en donde va a ser colocado, en el caso de utilizar cubos de hielo, mójese o lávelos con agua a fin de redondear las orillas que son filosas.

2) Llene la bolsa de hielo hasta la mitad, utilizando para ello la cuchara o una pinza.

- 1) Expulse el aire apoyando la bolsa de hielo horizontalmente en una mesa, con la tapa puesta pero no enroscada, apriétela hasta que todo el aire haya salido (si tiene aire la bolsa no se adaptará al cuerpo cuando la coloque).
- 2) Enrosque la tapa asegurándose bien.
- 3) Compruebe que no haya escape.
- 4) Seque la humedad con toalla, lo ideal es hacer esto con una toalla de papel.
- 5) Cubra con una toalla seca la bolsa, evite el contacto de la piel del usuario con la goma o látex.
- 6) Ahora, salude y explique al usuario lo que se trata de hacer.
- 7) Lleve en una bandeja los elementos y colóquese cerca de la cama.
- 8) Ponga la bolsa en la zona afectada. (permanezca junto al enfermo por algunos segundos, para observar su tolerancia)
- 9) Vuelva a llenar la bolsa si el hielo se ha derretido.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- 10) Registre el procedimiento y sus observaciones respectivas.
- 11) Si ha notado que la piel se ha decolorado o palidecido comuníquelo inmediatamente al médico.
- 12) Cuando haya terminado el procedimiento, vacíe la bolsa, lávelo con agua y jabón, escúrralo y enrosque la tapa para guardarlo.

APLICACIÓN LOCAL DE CALOR:(bolsa de agua caliente).

PROCEDIMIENTO:

- 1) Reúna y prepare el equipo en la enfermería:
 - Bolsa de agua caliente.
 - Recipiente para agua caliente.
 - Toallas.
 - Termómetro.
- 2) Llene el recipiente con agua y verifique si la temperatura está bien (49 – 52 °C).
- 3) Llene la bolsa con agua caliente hasta la tercera parte o la mitad, para evitar exceso de peso y que rebalse.
- 4) Expulse el aire colocando la bolsa en una posición horizontal, sobre una superficie plana . Sostenga la bolsa por el cuello, quedando este hacia arriba hasta que llegue el agua a el y enrosque la tapa cuando el aire haya salido.
- 5) Seque la humedad de la bolsa de agua con una toalla, (Ojala sea de papel). Colóquela hacia abajo y verifique que no haya pérdidas.
- 6) Envuelva la bolsa con una toalla o un protector de tela.
- 7) Salude al usuario y explique lo que se trata de hacer. Lleve el equipo junto a la cama del enfermo.
- 8) Coloque la bolsa en la zona afectada, de acuerdo a lo que se haya indicado. Recuerde que la goma no debe estar en contacto con la piel del usuario.
- 9) Controle de vez en cuando el estado del usuario (no permita nunca que se acueste sobre la bolsa de agua caliente).
- 10) Registre el procedimiento (bolsa de agua caliente, aplicada en) como así también cualquier observación de enfermería.
- 11) Repita el procedimiento si fuera necesario, observando el aspecto de la piel con cada aplicación.
- 12) Limpie y ordene el equipo utilizado según las normas del hospital.

BAÑO DE ASIENTO:

Se utiliza para:

- Administrar calor húmedo a la zona perianal y anal.
- Aminorar el dolor.
- Aminorar la inflamación de la zona pelviana o rectal.
- Aliviar ciertos casos de retención urinaria.

PROCEDIMIENTO:

- 1) Reúna el equipo siguiente y llévelo al baño.
 - Termómetro de baño.
 - Toalla de baño
 - Camisón limpio.
 - Toalla de cara.
 - Alfiler de gancho.
- 2) Salude al usuario y explique lo que se trata de hacer.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- 3) Controle la temperatura del baño (la temperatura ambiente debe ser 25 – 27 °C).
- 4) Llene la bañera hasta la mitad.
- 5) Controle la temperatura con termómetro de baño (comience con 43 °C, luego puede elevarla a 49 °C. El nivel del agua deberá llegar solamente al abdomen.).
- 6) Ayude al usuario a ponerse la bata y zapatillas , llévelo al baño.
 - 7) Quítele la bata y las zapatillas y ayúdelo a introducirse en la bañera. (En la mayoría de los hospitales existe una bañera especial para este tipo de procedimiento).
- 8) Cúbrale los hombros con una manta de baño, sujete esta con el alfiler de gancho.
- 9) Coloque al usuario compresas frías en la frente, para evitar dolores de cabeza.
 - 10) Observe cualquier indicio de fatiga o desmayo (deberá vigilar al usuario durante todo el tratamiento).
 - 11) Aumente la temperatura del agua hasta 49 °C (puede mantener su mano entre el agua y el usuario para protegerlo).
- 12) Ayude al usuario a salir de la bañera después de 10 a 25 minutos.
 - Ayúdelo a quitarse el camisón sucio y colocarse otro limpio. Si esta fatigado ayúdelo.
 - 14) Ayude al usuario a volver a la cama (si está muy cansado, siéntelo en una silla de ruedas con la puerta del baño abierta para que se ventile durante unos minutos).
- 15) Limpie la bañera. Ordene el equipo y vuelva todo a su lugar según política hospitalaria.
- 16) Registre el procedimiento y el tiempo en la hoja de enfermería.

CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA.

MOTIVOS DE LA TRANSFUSIÓN:

- Aumentar volumen sanguíneo.
- Aumentar la capacidad de transportar oxígeno.
- Mejorar niveles de factores de coagulación.
- Reemplazo de factores de coagulación en déficit.
- Aumentar la eficiencia de los factores de coagulación.

PRECAUCIONES:

- Utilizar sangre fresca; controlar la aparición de hipercalcemia en los casos en que la sangre administrada se encuentra cerca de la fecha de vencimiento.
- Controlar los niveles séricos de calcio. Las transfusiones múltiples de sangre implican un riesgo potencial de hipocalcemia, dado que el citrato fija el calcio. El gluconato de calcio es prescrito frecuentemente después de administración de la segunda unidad de sangre.
- No agregar medicaciones directamente a la unidad de sangre o de componentes sanguíneos antes o durante la transfusión, en caso necesario, las medicaciones deben administrarse en forma separada. Las drogas en altas concentraciones pueden causar hemólisis cuando son inyectadas en la tubuladura de la sangre.
- No permitir que la sangre o los componentes sanguíneos permanezcan mas de treinta minutos a temperatura ambiente antes de su administración. El riesgo de complicaciones aumenta cuando mayor es el tiempo que la sangre permanece fuera del refrigerador.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

EQUIPOS:

- Catéter periféricos N° 18 –20-24 si es niño
- Gasa estéril
- Antiséptico
- Tela adhesiva
- Esfigmomanómetro
- Estetoscopio
- Termómetro

PROCEDIMIENTO:

- Recolectar la muestra de sangre para prueba cruzada.
- Etiquetar el frasco con el nombre completo del usuario.
- La sangre debe ser transportada en un medio frío.
- Controlar la unidad de sangre para verificar los datos de identificación.
- Evalúe la condición clínica del usuario (presión arterial, pulso, respiración, temperatura).
- Canalizar vía venosa si no lo tuviere.
- Infundir lentamente durante los primeros quince minutos, observando al usuario para detectar reacciones adversas.
- Evaluar cuidadosamente al usuario los signos vitales durante toda la transfusión sanguínea.
- Registrar los datos de la transfusión.
- Consignar toda intervención del personal de enfermería, incluyendo la respuesta del usuario a la transfusión en la hoja de enfermería.

CUIDADO DE LA SONDA NASO GÁSTRICA

DEFINICIÓN: Es el procedimiento por medio del cual se introduce por la nariz una sonda hasta el estomago.

EQUIPO:

Bandeja con:

- Tubo de Levin de acuerdo al tamaño del paciente (adulto – niño).
- Cubeta con hielo para lubricar y endurecer la sonda.
- Riñonera:
- Jeringa de 50 c.c.
- Tela adhesiva.
- Sabanita protector o toallas grandes,
- Servilletas o pañuelos de papel,
- Vaso con agua y pajita,
- Recipiente o bolsa para desperdicios;
- Guantes; y
- Recipiente para utensilios usados.

PROCEDIMIENTOS:

- Detectar el estado y condición del paciente para adecuar el procedimiento,

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- Prepararlo psicológicamente, explicándole el procedimiento y tratamiento que se le va a practicar;
- Colocar al paciente en posición de Fowler, lo mas cerca posible del lado por el cual se va a trabajar, con la cabeza en ligera hiperextensión (semisentado).
- Proteger el pecho del paciente con la sabanita o con toalla grande y colocar la riñonera cerca para protegerlo del vómito.
- Entrégale los pañuelos y la riñonera;
- Verifique la distancia naso gástrica con la sonda, midiendo la distancia que hay de la nariz del enfermo al lóbulo de la oreja y de ahí por el cuello hasta el ombligo, marcar con tela adhesiva;

PREPARACIÓN DEL USUARIO Y EQUIPOS PARA LA PUNCIÓN LUMBAR

DEFINICIÓN: Aspirar líquido cefalorraquídeo del espacio subaracnoideo lumbar para estudio diagnóstico o anestesia raquídea.

OBJETIVOS:

- Extraer líquido
- Administrar medicamentos
- Inducir anestesia
- Drenar LCR para reducir presión intracraneal (hidrocefalia comunicante).

PRECAUCIONES Y/O RECOMENDACIONES:

- Técnica aséptica (evitando contaminación y la posibilidad de infección).
- Instruir al usuario a no toser.
- Asegurar al usuario para garantizar la inmovilidad.
- Si el usuario se encuentra lúcido explicarle el procedimiento.
- Contar con equipo de RCP(reanimación cardiopulmonar).
- Enviar el LCR al laboratorio inmediatamente y debidamente rotulado.
- Reposo por lo menos 4 horas en decúbito dorsal, sin almohada.
- Evaluar signos vitales, estado neurológico y sistema respiratorio.

COMPLICACIONES:

- Cefaleas
- Dolor
- Rigidez de nuca
- Paraplejías

PREPARACIÓN DEL USUARIO:

- Colocarlo en la posición correcta.
- Luego de finalizada la P.L.(Punción Lumbar), el usuario debe permanecer acostado sin levantar la cabeza por lo menos durante 2 horas.
- Si el usuario va a ser trasladado a otro sitio, llevarlo en camilla, no en silla de ruedas, aun, tratándose de niños para evitar cefalea.

EQUIPO:

- Caja c/ instrumental para punción lumbar.
- Guantes estériles.
- Paquete de ropa para cirugía menor.
- solución antiséptica (alcohol – iodopovidona solución).
- solución para anestesia local (lidocaína al 2 %)
- Frascos esterilizados
- Manómetro raquídeo con llave de tres vías, si fuera necesario.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- Cinta adhesiva.
- Tapaboca
- Gorro
- Rótulos y solicitudes de laboratorio.
- Basurero.

PROCEDIMIENTO:

- Lavarse las manos.
 - Prepare la mesa de procedimiento
 - Aislar al usuario con biombo.
 - Abra el paquete de ropa.
 - Ayudar al médico:
 - Pásele los guantes.
 - Abra la caja de PL en forma aséptica.
 - Vierta la solución antiséptica para la piel sobre la gasita que le ofrece el medico.
 - Desinfectar el frasco de anestesia con torundas empapadas con alcohol o iodopovidona, y sostenga el frasco firmemente para que el médico aspire la cantidad necesaria del anestésico.
 - Colocar al usuario en la posición correcta, en decúbito lateral con la espalda al borde de la cama.
 - Flexionar el cuerpo llevando la rodilla tan cerca del mentón, como sea posible.
- a) La enfermera se coloca en el lado de la cama opuesta al del medico y ayuda al usuario a mantener una posición correcta.
 - b) Colocando una mano en la cabeza (sin doblarla) y la otra debajo de la rodilla del mismo.
 - c) Tranquilizar al usuario durante el procedimiento.
 - d) Terminado el procedimiento el médico pone una gasita estéril en el sitio de la punción sosténgala con cinta adhesiva.
 - e) Procure que el enfermo se sienta cómodo, acostándose boca para arriba por lo menos 4 horas.
 - f) Rotular la muestra y enviar inmediatamente o guárdela en la heladera.
 - g) Registre en la hoja de enfermería lo siguiente: hora, característica del LCR, cultivo, reacción del enfermo, médico que realizó la PL.

ELIMINACIÓN

CONCEPTO: Para que el cuerpo del hombre conserve su funcionamiento eficaz debe eliminar los desechos.

HAY CUATRO MEDIOS PRINCIPALES PARA ELIMINARLOS:

- Vías urinarias (orina)
- Tubo digestivo (heces)
- Piel (Sudor)
- Pulmones (Aire espirado)

CATETERISMO VESICAL

DEFINICIÓN: Es la introducción de una sonda a través de la uretra, en la vejiga, de manera temporal o permanente.

OBJETIVOS:

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- Proporcionar un flujo continuo de orina, en aquellos usuarios incapaces de controlar o con obstrucción.
- Obtener muestra estéril con fines diagnósticos.
- Preparar al usuario para una intervención quirúrgica.
- Mantener seco al usuario con incontinencia urinaria.
- Irrigar la vejiga con fines terapéuticos.

EQUIPO:

- Guantes estériles
- Sonda Foley (N ° requerido)
- Bolsa colectora de orina estéril.
- solución antiséptica.
- Paquetes de gasas estériles.
- Jeringa de 10 ml cargada con solución salina o agua destilada para inflar el balón de la sonda.
- Lubricante estéril.
- Lámpara portátil.
- Tela adhesiva.
- Pinza de campo para higiene.
- Torundas de algodón.
- Bolsa o pote de desechos.
- Agua templada para higiene.

PROCEDIMIENTO:

- Explique al usuario el procedimiento.
- Cierre la puerta o coloque biombo.
- Coloque al usuario en posición adecuada:
 - Femenino en posición ginecológica.
 - Masculino en posición supina(decúbito dorsal).
- Coloque todos los elementos al alcance de la mano.
- Cubrir al usuario, exponiendo solo la zona a trabajar.
- En el caso de la mujer higienizar bien la zona perineal con agua y jabon, utilizando la chata para ello.
- Coloque la lámpara para iluminar la zona perineal, si utiliza linterna pídale a otra enfermera que la sostenga.
- Lávese las manos.
- Prepare la bolsa de drenaje, dejándola de tal manera a ser utilizado de inmediato.
- Abrir el primer envoltorio de la sonda, si no tiene ayudante y colocarlo sobre algo estéril.
- Proceder a realizar la higiene del meato urinario con solución antiséptica, proceder de arriba para abajo una sola vez por el mismo lugar. Seque de la misma forma con gasa estéril.
- Abrir el paquete de la sonda estéril, si tiene quien le ayude mejor, pruebe el balón inflando con la jeringa con agua estéril (la cantidad de ml que introducirá lo puede leer en la parte distal de la sonda), cuando haya probado este, devuelva el agua a la jeringa.
- Conectar la sonda al tubo de drenaje del colector de orina.
- Aplique lubricante sobre la punta de la sonda.
- Con la mano no dominante, retraer con cuidado los labios para dejar que se vea bien el meato urinario, conservar esta mano en la postura indicada durante el procedimiento de la introducción de la sonda, si puede ayudarse con una gasita estéril (una para cada lado).

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- Con la otra mano sostener la sonda aproximadamente a 8 ó 10 cm de la punta, dándole vuelta alrededor de su mano.
- Introducir la sonda hasta que la orina salga por ella, cuando aparezca, introducir unos 5 cm más.
- Soltar los labios y sujetar firmemente la sonda con su mano no dominante.
- Tome la jeringa ya cargada con agua estéril e infle el balón, cuando este totalmente inflado, tire suavemente para notar resistencia, introdúcela de nuevo (si la usuaria se queja de dolor, desinfe el balón e introdúcela más y luego vuelva a inflar el balón).
- Fijar con tela adhesiva en la cara interna del muslo. Dejar que la sonda quede un poco floja de forma tal a facilitar la movilización de la usuaria.
- Asegúrese que no haya obstrucción o doblez en el tubo.
- Colocar la bolsa de orina, colgando del borde distal de la cama, si tiene barandilla la cama tiene que quedar entre esta y el colchón.
- Quitarse los guantes, desechar los residuos, ordenar y limpiar.
- Ayuda al usuario a colocarse en posición confortable.
- Enseñar al usuario a que no puede tirar de la sonda.
- Lávese las manos.
- Registrar en la hoja de enfermería todo el procedimiento.

CATETERISMO VESICAL EN EL HOMBRE

EQUIPO: Es el mismo utilizado en el cateterismo femenino.

PROCEDIMIENTO:

Los pasos a seguir son idénticos hasta llegar a la higiene, en la cual procederá de la siguiente manera:

- Con su mano dominante, retraer el prepucio del hombre no circuncidado, sujetar el pene por debajo del glande, retraer el meato uretral entre el pulgar y el dedo índice, mantener esta posición mientras dure el procedimiento.
- Con la otra mano tomar una gasa estéril , con una pinza, y limpiar el pene. Realizar movimientos circulares desde el meato hacia la base del glande. Repetir la limpieza dos veces más, usando gasa estéril cada vez.
- Luego tome la sonda, con las manos enguantadas, aproximadamente a unos 7,5 – 10 cm de su punta, el final de la sonda enróllela holgadamente en la palma de la mano ..
- Elevar el pene en posición perpendicular al cuerpo del usuario y ejercer una ligera tracción (esto ayudará a enderezar el canal uretral).
- Pida al usuario que haga un poco de fuerza, como si fuese a orinar.
- Introducir la sonda lentamente a través del meato.
- Cuando aparezca orina proceder igual técnica anterior.
- Bajar el pené y sujetar con firmeza la sonda con la mano dominante.
- Inflar el balón, conectar al equipo colector.
- Sujetar la sonda en la cara interna del muslo o de lo contrario en la parte inferior del abdomen, con el pené dirigido hacia arriba.
- No olvidar dejar la sonda holgada para facilitar la movilización del usuario.
- Siga con la técnica anterior para terminar el procedimiento.

ADVERTENCIAS PARA ENFERMERÍA.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

En caso de encontrar resistencia, no forzar la sonda. En los ancianos, es posible que la hipertrofia prostática obstruya parcialmente la uretra, dificultando el pasaje de la sonda. En este caso comunicar de inmediato al médico.

ENEMA

OBJETIVOS:

- Conocer los distintos tipos de enema y sus usos.
- Un enema es un medio de inyectar líquido en el recto a fin de extraer los excrementos del colon y del recto, aliviar la congestión intestinal y administrar una medicación.

EXISTEN DOS TIPOS DE ENEMA:

- De retención: el usuario retiene durante un determinado tiempo antes de expulsarlo. Se indica para eliminar gases, como ayuda para eliminar parásitos, para lubricar el recto y para instilar medicamentos tales como anestésicos, estimulantes y sedantes.
- No retención: es expulsado por el usuario inmediatamente después de su administración, es el enema de limpieza cuya finalidad es eliminar los excrementos del colon y recto. Para tal fin se puede indicar una solución jabonosa o una solución salina normal.
- Esta solución jabonosa deberá estar constituida por un jabón suave y una solución débil.
- En el comercio, actualmente, se expenden unidades de enemas constituidas por una solución hipertónica que no irrita y atrae líquido del organismo (120 cm³).
- Siempre que sea posible, el enema se administra antes del baño o antes del desayuno. En último caso, deberá aplicarse una hora después de las comidas.

NUNCA SE DEBE ADMINISTRAR UN ENEMA SIN INDICACIÓN DEL MÉDICO.

PROCEDIMIENTO:

- 1) Reúna en una bandeja los siguientes elementos: Irrigador, sonda de goma, con llave de paso, sonda rectal envuelta en pañuelos de papel que contengan una pequeña cantidad de lubricante, riñonera para emesis, chata, papel higiénico, protector de cama, toalla o salea.
- 2) Salude al usuario y explíquele lo que se trata de hacer.
- 3) Traiga el equipo junto a la cama y aislé de miradas la unidad (tape la bandeja con la toalla).
- 4) Coloque sobre una silla la chata, también protegida, la silla deberá estar próxima a la cama (a los pies de esta).
- 5) Doble en abanico las ropas de cama (cubiertas superiores). No deje mucho tiempo al usuario destapado.
- 6) Baje la cama.
- 7) Coloque el protector de la cama debajo de las nalgas del usuario.
- 8) Ayúdelo a darse vuelta sobre el lado izquierdo y a flexionar las rodillas (se utiliza la posición de Sims).
- 9) Conecte la sonda rectal a la sonda de goma. Cuelgue el irrigador en la forma habitual, de 40 a 60 cm por encima del colchón.
- 10) Con la solución ya en el irrigador, abra la llave de paso y deje que entre la solución en la chata hasta expulsar todo el aire.
- 11) Cierre la llave de paso o estrangule la sonda cerca del lugar donde la sonda se une con el tubo conector.
- 12) Cubra al usuario, dejando solo al descubierto la zona anal.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- 13) Deje el ano al descubierto, levantando para ello la parte superior de las nalgas.
- 14) Introduzca lenta y suavemente la punta lubricada de la cánula unos 5 a 10 cm. (si el usuario padece de hemorroides la sonda deberá ser más pequeña. Si no puede tolerar la presión que origina la altura puede bajarlo un poco.
- 15) Cuando ha introducido una cantidad suficiente de líquido, apriete la sonda. Extraiga suavemente la cánula rectal, levantando la parte superior de las nalgas y retirándola. Envuélvala en una toalla de papel o papel higiénico y colóquela en la chata..
- 16) Arrolle la sonda en torno al irrigador y cubra la bandeja.
- 17) Coloque al usuario sobre la chata, si es necesario ayúdelo.
- 18) Levante la cabecera de la cama hasta una altura cómoda.
- 19) Coloque el papel higiénico al alcance del usuario, como así también el cordón llamador. Si el usuario estuviera en el baño, permanezca cerca.
- 20) Lleve el equipo a la sala de utilidades de enfermería, lave cuidadosamente la cánula y todo el equipo, a los efectos de que sean esterilizados. Guarde todo en su lugar, según política hospitalaria.
- 21) Si el usuario tiene contraindicación para levantarse, proceda a realizar limpieza e higiene.
- 22) Observe el contenido de la chata, tápela y retírela.
- 23) Ofrézcale al usuario la posibilidad de lavarse las manos y cara.
- 24) Ventile la habitación. Déjela en orden.
- 25) Limpie y vuelva a colocar en orden el resto de los elementos utilizados, según normas del hospital.
- 26) Acomode al usuario y pregunte si necesita algo.
- 27) Registre en la hoja de enfermería el procedimiento, la hora y el resultado obtenido de la actividad. De cuenta inmediatamente cualquier anormalidad observada.

AYUDA EN LA RECOLECCIÓN DE MUESTRAS PARA LABORATORIO

RECOLECCIÓN DE MUESTRA DE SANGRE

CONSIDERACIONES PRELIMINARES:

Es la extracción de una pequeña cantidad de sangre del usuario, para tipificarla o efectuar un examen de laboratorio. El volumen que deberá ser recogido y la elección del frasco dependen del tipo de examen que se habrá de realizar.

MATERIALES Y EQUIPOS:

- Jeringa desechable.
- Frasco específico.
- Etiqueta de identificación.
- Torniquete.
- Algodón con alcohol.
- Pedido de laboratorio.

ORIENTACIÓN:

- Verifique en la prescripción la orientación para la recolección, el tipo de examen, la necesidad de ayuno.
- Utilice la técnica durante el procedimiento.
- Lávese las manos y prepare el material.
- Verifique el volumen que deberá recoger. Llene la etiqueta de identificación del frasco, con nombre, número de registro y cama.
- Informe al usuario sobre el procedimiento.
- Escoja una vena de buen calibre y coloque el impermeable bajo la región que va a ser puncionada.
- Aplique el torniquete si es necesario, haga la antisepsia local, puncione la vena y aspire el volumen de sangre necesario.
- Suelte el torniquete, comprime el lugar de la punción con una torunda y retire la jeringa.
- Retire la aguja de la jeringa y coloque la sangre en el frasco dejando que el líquido se deslice por la pared interna de vidrio. Cierre el frasco.
- Agite suavemente el frasco si tuviera anticoagulante.
- Retire el material, lávese las manos.
- Haga las anotaciones correspondientes.

RECOLECCIÓN DE MUESTRA DE HECES

CONSIDERACIONES PRELIMINARES:

La recolección de muestra de heces se hace para un análisis de laboratorio a fin de ayudar al diagnóstico.

MATERIALES Y EQUIPO:

- Pedido de examen.
- Etiqueta de identificación.
- Frasco para recolección.
- Chata
- Papel higiénico.
- Carpeta del usuario
- Espátula

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

PROCEDIMIENTO:

- Verificar en la prescripción las orientaciones para la recolección del material y el tipo de examen.
- Llene la etiqueta de identificación con el nombre del usuario, número de registro, cama, ficha y péguelo en el frasco.
- Reúna el material y llévelo junto al usuario.
- Oriente al usuario para que llame cuando tenga necesidad de evacuar.
- Cuando el usuario llama, provéase la chata. (previo lavado y desinfectado).
- Retire de la chata con la espátula cerca de 5 a 10 gr. del material, incluyendo sangre y mucosa si hubiere, colóquelo en el frasco y ciérrelo.
- Envuelva la espátula en papel higiénico y deseche.
- Lávese las manos.
- Envié el material con la solicitud al laboratorio.
- Haga las anotaciones correspondientes.

RECOLECCIÓN DE MUESTRA DE ORINA

CONSIDERACIONES PRELIMINARES:

La recolección de la muestra de orina se hace con el fin de enviarla a análisis de laboratorio y consiste en la separación de una pequeña cantidad de orina de una sola micción.

Cuando es recogida directamente del usuario se lo debe hacer asépticamente y siempre que sea posible a través del chorro medio.

MATERIALES Y EQUIPO:

- Colector infantil, masculino o femenino si fuese niño
- Frasco limpio y seco o tubo de ensayo.
- Jabón líquido.
- Torundas.
- Etiqueta de identificación.
- Material para lavaje externo.
- Vaso graduado.
- Papel higiénico.
- Frasco esterilizado.
- Pedido de laboratorio.

ORIENTACIONES:

a) **RECOLECCIÓN DE ORINA EN NIÑOS:**

- Conversar con el niño sobre lo que va hacer.
- Quite la cobija, lave y enjuague la región perineal y el órgano genital utilizando agua, jabón y torundas.
- Retire el colector del embalaje, despegue el adhesivo y colóquelo en el niño adhiriéndolo a la piel para evitar pérdidas.
- Eleve el tronco del niño apoyándolo en la almohada para facilitar el escurrimiento de la orina dentro del colector.
- Asegure los miembros superiores si fuese necesario para evitar que retire el colector.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- Deje cómodo al niño y siga observando hasta que elimine la orina, use medios para facilitar la micción, tales como ruido de agua de la canilla abierta.
- Después de orinar, retire delicadamente el colector, coloque la orina en el frasco esterilizado.
- Deje al niño en posición cómoda.
- Retire el material, lávese las manos y anote.

b) RECOLECCIÓN DE ORINA A TRAVÉS DEL CHORRO MEDIO:

- Explique al usuario el procedimiento a realizar.
- Realice una buena higiene perineal y coloque la chata.
- Pida al usuario que orine y deje que la primera parte de la orina caiga en la chata o el gallo.
- Reciba el chorro siguiente en el frasco.
- Recogida la muestra, llene la etiqueta de identificación, fecha, nombre n ° de cama, sala.
- Lávese las manos, al terminar el procedimiento.

RECOLECCIÓN DE ESPUTO

El esputo se expide por la boca, generalmente después de toser, razón por el cual al usuario se le deben enseñar ejercicios respiratorios en el caso que no pueda expectorar.

Se recomienda recoger la muestra de esputo en las primeras horas de la mañana.

Previa a la recolección de la muestra, una buena higiene bucal.

Cerciórese que la muestra no sea saliva, no guarde nunca la muestra en la heladera. Envíela lo antes posible al laboratorio.

MATERIAL Y EQUIPO.

- Frasco estéril.
- Guantes desechables (solo si se necesita).

PROCEDIMIENTO:

- Explique al usuario el procedimiento y lávese las manos.
- Colóquese los guantes si fuera necesario.
- Entregue al usuario el frasco estéril, identificado.
- Entrénalo para que realice las respiraciones profundas, consiguiendo así el esputo.
- Una vez obtenida la muestra, envíela al laboratorio.
- Registre en la hoja de enfermería, con las observaciones pertinentes.
- Recoja, limpie y ordene el material utilizado.
- Lávese las manos.

MATERIAL Y EQUIPO.

- Frasco estéril.
- Guantes desechables (solo si se necesita).

BIOSEGURIDAD

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

Son normas de comportamiento y manejo preventivo para evitar accidentes del personal y de los que los rodea.

Todos los trabajadores deberán cumplir con las medidas de precauciones universales al manipular sangre o hemoderivados, agujas, jeringas, instrumentales en general contaminados y medicamentos citostáticos.

- Realizar el lavado de manos antes y después de estar en contacto con el usuario.
- Usar guantes cuando se está en contacto con sangre, fluidos corporales (semen, secreciones vaginales, líquido cefalorraquídeo, leche materna, líquido sinovial, líquido pleural, líquido amniótico, peritoneal, líquido pericárdico, saliva, heces, orina, secreción nasal, esputo, vómitos).
- Utilizar siempre delantales o batas de protección durante procedimientos que pueden salpicar con sangre o fluidos corporales.
- Utilizar máscaras y gafas en procedimientos que puedan salpicar con sangre o fluidos corporales para proteger membranas y mucosas expuestas (ojo, boca, nariz).
- Manejar las agujas y otros elementos corto punzantes de la siguiente forma, para evitar accidentes:
 - No reencapsular las agujas.
 - Desechar los materiales corto punzantes en un contenedor no perforable, ubicado en el lugar adecuado para su utilización correcta.
 - No doblar, romper o manipular de otro modo materiales corto punzantes.
 - Utilizar jeringas desechables.

□ Los instrumentos serán lavados en el área de uso con un buen chorro de agua y desinfectarse con hipoclorito de sodio diluido de acuerdo al riesgo de infección y enviar a la central de esterilización si se dispone de ella, donde se realizará los procedimientos correspondientes al mismo:

- Lavar con solución desinfectantes – detergentes
- Enjuagar con buen chorro de agua
- Secar y preparar
- Esterilizar
- Las ropas del usuario y las ropas de cama sin manchas de sangre o secreciones se colocará en bolsas de plásticos para ser lavados de acuerdo a la rutina del servicio.
- Las ropas manchadas con sangre y/ o secreciones, se colocarán en doble bolsa para alertar a personal de lavandería.

□ Los materiales de desechos se manejan de acuerdo a las clasificaciones de la siguiente forma:

- Los desechos sólidos (gasas, algodón, etc.) se colocarán en bolsas de plásticos como para ser incinerados.
- Los desechos líquidos, deben ser descontaminados con solución de hipoclorito de sodio y desechar en el sistema de desagüe.
- Las paredes y los pisos contaminados con sangre y/ o secreciones se descontamina con solución de hipoclorito de sodio (diluido de acuerdo a lo establecido).
- Todos los procedimientos mencionados, se realizarán con guantes gruesos y se lavaran las manos al retirar los guantes.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- Utilizar las precauciones de aislamiento para evitar la transmisión de la infección de un enfermo a otro, y a otras personas y para prevenir la reinfección del enfermo.

SE DEBERÁ APLICAR LAS PRECAUCIONES UNIVERSALES EN:

- Vacunaciones
- Consultorios
- Sala de internados (Administración de medicamentos, biopsia, punción lumbar, curaciones, cateterismo, canalización venosa, intubación, etc.)
- Centro de esterilización
- Sala de pre-parto y parto
- Sala de hemodiálisis
- Servicio de diagnóstico (imágenes, laboratorio, endoscopia, etc.)

ASISTENCIA DISPENSADA AL CUERPO DESPUÉS DE LA MUERTE.

CONSIDERACIONES DE ENFERMERÍA:

- Es el cuidado dispensado al cuerpo, después de constatarse la defunción por el médico.
- El cuerpo del usuario debe ser tratado con dignidad y sensibilidad.
Después de la muerte, el cuerpo sufre numerosos cambios físicos. Por ello es necesario preparar el cadáver lo antes posible tras la muerte, con objeto de evitar el deterioro de los tejidos o la desfiguración del organismo.
- Retire las sondas, drenajes, cánulas, vías y deseche en el basurero.
- La enfermera debe preparar el cadáver de tal manera que parezca lo más natural y cómodo posible. Para ello, se coloca el cuerpo en decúbito supino, con los brazos cruzados sobre el abdomen o extendidos a los lados, con las palmas de las manos hacia abajo o cruzando sobre el abdomen, de esta forma se facilita la labor del personal de la funeraria.
- El profesional de enfermería, debe colocar una almohada pequeña o una toalla doblada bajo la cabeza del fallecido, para evitar cambios en la coloración de la piel por acumulación de sangre.
- Los párpados se mantendrán cerrados, si se tira de ellos suavemente hacia abajo, durante unos segundos, si estas no dan resultado, se pueden colocar unas torundas de algodón húmedas para mantener los párpados en su sitio.
- El personal asistencial debe colocar la dentadura postiza en la boca del fallecido para respetar sus características faciales.
Puede colocar una toalla o sábana enrollada bajo la barbilla para mantener la boca cerrada.
- Debe colocarse etiquetas con el nombre del fallecido y colocarlo en la muñeca y sobre la sábana que cubre el cadáver.
- Si el usuario padecía de una enfermedad contagiosa conocida, se deberá colocar una etiqueta especial para advertir a las personas que vayan a manipular los restos.
- La enfermera debe asegurarse de que el traslado se realice en el momento oportuno y que ocasione mínimas molestias.
- Se debe proteger la intimidad del fallecido y se respetan las necesidades de los demás usuarios.
- La enfermera, también es responsable de la ordenación de los objetos personales del fallecido y de su registro en la historia clínica.

PRIMEROS AUXILIOS

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

DEFINICIÓN: Son los cuidados que se da a una persona accidentada en ese momento para evitar complicaciones que pueden llevarle a la muerte.

Resultará de gran ayuda el tener claras, normas básicas de actuación fácilmente memorizables, para llegado el caso, saber qué hacer y cómo hacerlo.

Estas normas se resumen en tres palabras: proteger, avisar y socorrer.

Es importante que el trabajador de salud sepa qué hacer y qué no hacer.

¿QUÉ HACER?

- Actuar con tranquilidad.
- Actuar con eficacia y prontitud.
- Si no está en un lugar peligroso, es mejor no mover al accidentado.
- Aflojar la ropa ajustada (cinto, corbata, etc.).
- Examinar al accidentado con cuidado para saber qué tiene.
- En caso de necesidad, hacer que sea trasladado inmediatamente a un servicio de salud de mayor complejidad.

TÉCNICAS BÁSICAS DE REANIMACIÓN RESPIRATORIA:

La reanimación cardiorrespiratoria básica o resucitación comienza con la reanimación respiratoria, que es sencilla de realizar, aunque requiere serenidad, coordinación y un conocimiento claro de la posición correcta de la cabeza y la mandíbula del accidentado.

LA REANIMACIÓN CARDIOVASCULAR:

La reanimación cardíaca solo es necesaria cuando no existe pulso perceptible; no es complicada pero debe realizarse sincronizadamente con la reanimación respiratoria, con un ritmo regular. Su práctica resulta más eficaz si ha habido un entrenamiento previo.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

CÓMO COLOCAR A LA VÍCTIMA EN UNA POSICIÓN CÓMODA Y SEGURA

- Asegurarse de que las vías aéreas están libres y eliminar de la boca lo que pueda representar una posible obstrucción.
- Liberar al herido de todo lo que le apriete el cuerpo, comenzando por el cuello (corbata, cuello de camisa) y siguiendo por el tórax y la cintura.
- Fabricar una almohadilla con el material blando de que se disponga y colocarla junto a la cabeza del accidentado por el lado que se le va a girar. Extender el brazo de este mismo lado perpendicularmente al cuerpo.
- Arrodillado sobre una sola pierna junto al herido, tomar el hombro opuesto y la cadera, atrayéndolos hacia sí de forma que quede en decúbito lateral.
- Flexionar la rodilla superior, y colocar la almohadilla bajo la cabeza de forma que el cuello quede algo extendido hacia atrás.
- Colocar otras almohadillas entre las piernas y detrás de la espalda.
- Cubrir finalmente al herido para mantenerlo abrigado, si la temperatura ambiente lo requiere, y vigilarle constantemente.

EPILEPSIAS Y CRISIS CONVULSIVAS:

Las crisis convulsivas son la manifestación de una irritación de las neuronas del tejido cerebral; sus causas son múltiples y su pronóstico es diferente según sucedan en niños o en adultos.

Procedimientos:

- 1) Aflojar las ropas que puedan presionar el cuello o el abdomen del paciente y no intentar contenerle los movimientos.
- 2) Tratar de colocarle entre los dientes algo que impida que muerda la lengua. Esta maniobra puede resultar muy difícil dada la fuerza con que aprieta las mandíbulas.
- 3) Poner almohadones y mantas dobladas bajo su cuerpo y su cabeza a fin de suavizar los golpes que pueda estar dándose. Pedir ayuda.
- 4) Durante la convulsión, procurar no sujetar al paciente de forma brusca o violenta.
- 5) Una vez que la crisis ha cedido y la persona se ha calmado, se le limpiará el sudor, la saliva de la boca y se colocará en posición lateral de seguridad, a la espera de que venga el personal sanitario para transportar al hospital

HEMORRAGIAS

La hemorragia es la salida de sangre en cualquier parte del cuerpo, las hemorragias externas

pueden producir el colapso circulatorio en breve espacio de tiempo. El cerebro es el órgano que

debe recibir el mayor aporte de sangre posible y, por tanto, se debe actuar con rapidez

La pérdida excesiva de sangre puede ser resultado de hemorragias: interna y externa.

El sangrado externo, si es excesivo, puede saturar la ropa y hacerse visible rápidamente. Si la persona viste prendas externas abundantes, es posible que el sangrado quede oculto. El examinador debe recorrer con las manos todo el cuerpo por debajo de la ropa para asegurarse de la localización de la hemorragia. Es posible que sea necesario cortar la ropa saturada de sangre para exponer el área de la hemorragia.

El cuero cabelludo está bastante vascularizado, de forma tal que lo que puede tener la apariencia de una hemorragia considerable puede resultar ser tan sólo una pequeña laceración.

Existen tres tipos de hemorragias comunes:

1. Sangrado arterial: produce sangrado de color rojo brillante en pulsos.
2. Sangrado venoso: flujo continuo de sangre de color oscuro.
3. Sangrado capilar: exudado sanguíneo.

El sangrado interno puede ser difícil de identificar. El sangrado torácico (hemotórax) puede inhibir la respiración y estar acompañado por dolor en el tórax. El sangrado abdominal puede evidenciarse por la rigidez de los músculos abdominales y por la presencia de dolor en la región. La hemoptisis o hematemesis indican la presencia de sangrado pulmonar o gastrointestinal.

El shock se presenta cuando existe sangrado intenso bien sea interno o externo.

Es necesario valorar a la víctima para detectar presencia de pulso débil y rápido, respiraciones lentas y poco profundas, piel fría y moteada, ansiedad, inquietud y sed.

Adicionalmente, las pupilas son iguales, pueden estar dilatadas y responder lentamente ante la luz.

Las acciones que deben llevarse a cabo para controlar el sangrado externo incluyen:

1. Aplicar presión directa sobre el punto de sangrado.
2. Aplicar presión sobre un punto de presión.
3. Use un torniquete sólo situaciones seleccionadas (sangrado arterial masivo incontrolable):
 - Use un manguito de tensiómetro o un vendaje triangular ancho doblado seis a ocho veces y enrollado dos veces alrededor de la extremidad.
 - Utilice un palo o un objeto similar atado a los extremos del vendaje y tuérzalo sólo hasta detener el sangrado, no más allá.
 - No cubra ni afloje el torniquete.
 - Adjunte en el paciente una nota indicando la localización del torniquete y la hora de su aplicación. En caso de que se sospeche la presencia del sangrado interno, mantenga a la persona acostada y protegida de la humedad y el frío. Evite la hipotensión, en lo posible, busque atención médica inmediata.

¿Qué hacer?

- Inspeccionar la herida es el primer paso para detener lo que sangra, sea una arteria o una vena.
- Mantener al herido acostado, levantando el lugar de la herida más arriba que el corazón.
- Si la herida no cesa de sangrar espontáneamente comprimir la zona con una gasa o trapo limpio doblado manteniéndolo apretado con la mano.
- Si la presión resulta eficaz, hacer un vendaje compresivo sobre la herida para mantener una presión constante.
- Si la presión sobre la herida no resulta eficaz y el paciente sigue sangrando, será necesario practicar la compresión a distancia con el puño o con los dedos en los puntos de compresión en los que la arteria principal pasa por delante de un hueso, de forma que se la puede apretar contra él e interrumpir la hemorragia.
- Puede ser necesario utilizar un torniquete en un lugar situado entre el corazón y la herida, por encima del codo o por encima de la rodilla. En caso de colocarlo, es muy importante indicar la hora en que se colocó.
- Colocar al herido en posición horizontal, o ligeramente incorporado si la herida es en la cabeza. Conviene poner la zona herida siempre en posición más elevada que el resto del cuerpo.

Heridas Sangrantes Pequeñas:

Facilita la cicatrización de las heridas aproximar sus bordes cuando estos son limpios y nítidos. La limpieza es muy importante en la curación de todas las heridas, siendo elemento indispensable para que cicatricen pronto y no se infecten.

HERIDAS

La sutura de una herida precisa de la administración de anestesia local, por lo que siempre debe hacerse en un centro sanitario. Si la herida es limpia, pequeña y no afecta a estructuras profundas, se puede practicar una aproximación de los bordes con un esparadrapo.

COMO CURAR LAS HERIDAS LEVES

- 1) Antes de proceder a cualquier cura, hay que valorar el tipo de herida. Si el corte es inciso, hecho con una hoja afilada, suele sangrar abundantemente. Si es lacerado, con los tejidos desgarrados, sangra menos pero cicatriza con mayor dificultad. Si es puntiforme, aunque sea pequeño, a veces penetra profundamente en la piel, dañando los tejidos subyacentes.
- 2) La herida debe lavarse profundamente con agua y jabón para asegurarse de que no quedan dentro de ella partículas de suciedad; no aplicar alcohol ni sustancias que puedan irritar mas los tejidos lesionados y dificultar su curación.
- 3) Si la herida es reciente – menos de 12 horas -, está limpia y los bordes son nítidos, se puede intentar una aproximación de dichos bordes con un esparadrapo cortado de manera que su parte central sea más estrecha que sus extremos.
- 4) Pegar el esparadrapo sobre la herida, al mismo tiempo, acercar ambos bordes de la herida; una vez juntos, adherir el extremo del esparadrapo sobre la parte de la herida. Si dispone de telas adhesivas especiales para suturas, no hace falta estrechar la parte central; basta con pegarlas sobre la herida mientras se acercan los bordes.
- 5) Si el objeto causante del corte todavía está incrustado en la herida, no hay que extraerlo ni manipularlo a la fuerza. Cortar cuidadosamente cualquier prenda alrededor para evitar que la opresión lo adentre más.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

6) Cubrir la herida con un cuenco o un vaso para evitar que el objeto incrustado se desplace y sujetarlo con una venda. Acudir al médico.

Hemorragias Nasales:

La nariz puede sangrar por muchas causas y siempre es motivo de preocupación, sobre todo cuando no se conoce el origen de la hemorragia.

Existen métodos muy simples y eficaces para detener una hemorragia nasal.

QUEMADURAS

Se consideran quemaduras aquellas lesiones corporales ocasionadas por el fuego, escaldadura, sustancias químicas, corriente eléctrica y radiación, que constituyen un importante riesgo de infección, tanto mayor cuanto más extensa sea la superficie lesionada.

CARACTERÍSTICAS DE PROFUNDIDAD DE LAS QUEMADURAS

	ESPESOR PARCIAL SUPERFICIAL (PRIMER GRADO)	ESPESOR PARCIAL PROFUNDO (SEGUNDO GRADO)	ESPESOR TOTAL (TERCER GRADO)
Profundidad en la piel	Epidermis	Epidermis completa, dermis Glándulas sudoríparas y folículos pilosos intactos.	Epidermis, dermis. Se extiende a los tejidos subcutáneos, posiblemente hasta el músculo y el hueso.
Causa	Llamas repentinas, luz ultravioleta (quemaduras solares).	Contacto con líquidos o sólidos calientes. Llamas repentinas en la ropa. Llamas directas. Productos químicos. Luz ultravioleta	Contacto con líquidos o sólidos calientes. Llamas. Productos químicos. Contacto eléctrico.
Apariencia	Seca, no hay ampollas. Edema ausente o mínimo. Blanqueado al hacer presión con la punta del dedo, el color retorna al retirar la presión.	Ampollas húmedas grandes que aumentan de tamaño. Mancha blanca al hacer presión con la punta del dedo, el color retorna al retirar la presión.	Seca con cicatrices correosas. Vasos quemados visibles bajo la cicatriz. Rara vez hay ampollas, pero pueden presentarse ampollas de paredes delgadas que no aumentan de tamaño. No hay blanqueamiento con la presión.
Color	Aumento del enrojecimiento	Moteada con áreas de color oscuro, blanco, dorado, rosado o cereza.	Color blanco carbonizado, dorado oscuro, negro, rojo.
Sensación	Dolorosa	Muy dolorosa	No hay dolor; terminaciones nerviosas muertas.
Tiempo de curación	2 a 5 días con descamación. No hay cicatrización. Puede haber decoloración.	Superficial: 5 a 21 días; no se necesita injerto. Profunda: 21 a 35 días si no hay infecciones; puede convertirse en una lesión de espesor total y necesitar injerto.	No hay potencial de curación. Se necesita la escisión de los tejidos muertos e injertos. La curación de los injertos puede tardar varios meses.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

CUIDADOS INICIALES PARA QUEMADURAS MAYORES

1. Retire a la víctima de la fuente de la quemadura.
2. Bañe a la persona con agua y retire aquellas piezas o partes de la ropa que no estén adheridas para detener el proceso de la quemadura.
3. En caso de quemadura química, retire cuidadosamente la ropa y lave la herida con grandes cantidades de agua.
4. En caso de quemadura eléctrica, y si la víctima está aún en contacto con la fuente eléctrica no la toque. Retire la fuente eléctrica con un objeto no conductor seco (soga).
5. Establezca la permeabilidad de la vía aérea y valore la posibilidad de lesiones por inhalación. Administre oxígeno si es posible.
6. Revise los pulsos periféricos para valorar el estado circulatorio.
7. Valore e inicie el tratamiento de las lesiones que necesiten atención inmediata.
8. Retire las joyas o ropas que ejercen presión sobre el cuerpo de la víctima.
9. Cubra las quemaduras con un recubrimiento húmedo estéril o limpio.
10. Cubra a la víctima con una manta caliente para evitar la pérdida de calor.
11. Transporte a la víctima al centro de salud más cercano.

Qué Hacer en una quemadura de segundo grado?:

- Enfriar y lavar la parte afectada con agua limpia, procurando no reventar las ampollas. Acto seguido, aplicar crema hidratante o pomada especial para quemaduras y gasa estéril o tela limpia.
- Al colocar la gasa estéril, no utilizar nunca algodón ni ningún tipo de tejido que pueda dejar hilos.
- A fin de sujetar el apósito con un vendaje, dar dos vueltas alrededor de una zona próxima no afectada.
- Administrar analgésico para el dolor.
- Si el caso lo requiere referir a un centro de mayor complejidad.

¿Qué hacer en una quemadura de tercer grado?

- No debe correr si se le enciende la ropa, pues el fuego se avivara. Lo mejor es cubrirse la cara con las manos y rodar por el suelo para intentar apagar las llamas. Si hay alguien cerca, puede apagar el fuego cubriendo a la víctima con una manta o un abrigo.
- Si sus ropas son de tejido sintético y están adheridas a la piel, no intente despegarlas. Compruebe si el herido respira.
- Inmediatamente, hay que enfriar las zonas quemadas con agua limpia, grifo, ducha o un paño empapado en agua. Pero nunca con hielo.
- Cubra la zona afectada con gasas estériles impregnadas de vaselinas para evitar que se peguen a la piel o simplemente con una sábana o lienzo limpio. Eleve las partes quemadas y lleve al herido al centro sanitario más próximo.

TRAUMATISMOS EN LA CABEZA

Las consecuencias de un traumatismo craneal pueden manifestarse con mayor intensidad y claridad incluso horas después del golpe. Con fractura o sin ella, los golpes en la cabeza requieren una evaluación inmediata y una observación continua.

TRAUMATISMO DEL TÓRAX

El tórax contiene estructuras vitales como el corazón y los pulmones.

Aunque están fuertemente protegidos por las costillas, sus estructuras internas pueden resultar lesionadas por el efecto de golpes o heridas profundas.

TRAUMATISMOS ABDOMINALES

El abdomen está mucho menos protegido que el tórax. Aunque las estructuras que contiene no son tan vitales como las del tórax, las heridas o lesiones en el interior del abdomen pueden causar complicaciones importantes.

QUÉ HACER EN CASO DE LESIONES ABDOMINALES

- Después de pedir ayuda y de realizar la respiración artificial en caso necesario, tender a la víctima de espaldas. Luego doblar las piernas y colocar algo blando debajo de las rodillas para relajar los músculos abdominales.
- Si los intestinos salen por la herida, no intentar empujarlos hacia la cavidad, sino que hay que cubrirlos con un paño empapado con agua con sal hervida y enfriada. Cubrir la herida con una gasa esterilizada o una tela limpia.
- Tapar a la víctima. No darle ninguna clase de comida ni bebida.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
MORDEDURAS Y PICADURAS DE ANIMALES E INSECTOS

No todas las serpientes o insectos son venenosos, ni las reacciones a las picaduras son iguales en todos los individuos. De todas las formas, picaduras y mordeduras deben ser vigiladas y valoradas en centro asistencial.

MORDEDURAS DE VÍBORA:

Las serpientes de cascabel, las cobras y las víboras son causantes de lesiones, algunas de ellas de importancia. La mayoría producen síntomas a los pocos minutos de la picadura: en 10 o 20 minutos son ya evidentes los típicos síntomas de hinchazón, dolor, señales en la piel debido a la incisión de los colmillos de la serpiente, ardor, náuseas, vómitos y otros síntomas generales.

Qué Hacer?:

- Aplicar compresa de agua fría; y
- Referir urgentemente al individuo a un servicio de mayor complejidad

MORDEDURAS DE PERRO:

Qué Hacer?:

- Por esta mordedura la persona puede contagiarse con rabia
- Lavar la herida con jabón y agua abundante.
- Si la herida es grande, en la cara o en la parte superior del cuerpo derivar al centro asistencial de mayor complejidad.
- Vigilar al perro por 10 días, observando lo siguiente:
 - ✓ Si come bien
 - ✓ Si toma agua
 - ✓ Si está inquieto
 - ✓ Si babea o hecha espuma por el hocico

Si el perro está inquieto, envíe al usuario para la aplicación de la vacuna antirrábica.

IMPORTANTE:

Si la picadura o mordedura es de la cintura para arriba, es más peligrosa, por lo tanto, debe enviar de inmediato a la persona al Centro Hospitalario más cercano.

PICADURAS DE INSECTOS:

Producen un intenso dolor en la zona de la picadura y signos locales inflamatorios, con ampollas, además de los síntomas generales de sudoración, mareos, dolor de cabeza, náuseas, vómitos, debilidad general y otros síntomas.

Las picaduras más comunes de insectos que pueden producir reacciones graves son las avispas o las abejas. Cuando las picaduras son múltiples o se presenta un shock anafiláctico, puede presentarse incluso la muerte, particularmente en los niños pequeños.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

La picaduras de las garrapatas pueden transmitir la fiebre de la garrapata por inoculación de una toxina, un virus ó rickettsias. Además, las garrapatas pueden portar una espiroqueta que causa la enfermedad de Lyme. Si se arranca repentinamente la garrapata, el aparato bucal de ésta permanecerá sobre la piel. Si bien existe un método tradicional para eliminar estos parásitos que consiste en aplicar gasolina o trementina en la cabeza de la garrapata o aplicar el extremo caliente de un fósforo recién apagado en el cuerpo del parásito, este método no es recomendable en las áreas en la que la enfermedad de Lyme es endémica. En estos casos, las garrapatas deben ser retiradas muy lentamente utilizando un par de pinzas, ya que la aplicación de calor en el parásito puede hacer éste inyecte la espiroqueta en el huésped.

La lesión inicial que se localiza inicialmente en la ingle, la axila o los muslos, comienza con la formación de un área enrojecida que se expande lentamente en tanto la región central se aclara. La doxiciclina o la tetraciclina alivian los síntomas iniciales y pueden evitar las manifestaciones tardías. Los síntomas artríticos, cardiacos, neurológicos y la dermatitis pueden tratarse con penicilinas intravenosa y los casos refractarios se tratan con ceftriaxona (una cefalosporina).

HORMIGA, ESCORPIÓN, ARAÑA, INSECTOS COMO: AVISPAS, ABEJAS.

Qué hacer?

- Se debe mantener a la víctima quieta y no moverse ni andar.
- Aplicar una compresa fría sobre la zona herida.
- No frotar el sitio de la picadura.
- Lavar con agua y jabón.
- Darle paracetamol.
- Si no mejora, remitir a un servicio de mayor complejidad.

En caso de picadura de abeja

- Quitar el aguijón del lugar de la picadura.
- Aplicar fomentos fríos (ej: vinagre frío).
- Darle paracetamol para calmar el dolor.
- Si no mejora, remitir a un servicio de mayor complejidad.

Picadura de hormiga u otro insecto

- La zona de la picadura presenta una roncha rojiza.
- Aplicar vinagre casero frío o paños fríos húmedos.
- Si está sangrando, dejar que el líquido salga por un rato.
- Darle paracetamol para calmar el dolor.

Cómo reducir la absorción del veneno

- 1) Si viaja a una zona donde algunas picaduras de reptiles e insectos pueden tener consecuencias mortales, provéase de un manual de primeras auxilios, con objeto de preparar de forma adecuada su botiquín,

INTOXICACIONES

¿Qué hacer?

- Trata de identificar el producto ingerido por la víctima, ya sea por los restos de la sustancia que ha quedado en el envase o por la información aportada por la propia víctima o demás testigos presenciales.
- Si no se encuentran restos del producto ingerido, en muchos casos el olor del aliento de la persona intoxicada podrá aportar datos fiables.
- Una vez comprobado que el producto ingerido no es cáustico, puesto que si lo fuera produciría nuevas quemaduras a su paso desde el estómago al exterior, y si el paciente no está inconsciente, debe inducir al vómito o si el paciente no llega a vomitar, es preciso evaluar los signos vitales de la víctima, su frecuencia cardiaca, su respiración y la evolución de su estado de conciencia. No hay que demorar su traslado a donde pueda recibir atención médica.
- Recoger los productos vomitados para poder llevarlos donde puedan ser analizados; la presencia de pastillas aún enteramente deshechas puede facilitar la identificación del medicamento ingerido.
- Llame al servicio de urgencias hospitalario para que le indiquen con la máxima rapidez cómo tiene que actuar.
- Tome la temperatura a la víctima y acomódelo en la cama en tanto acude al médico de urgencia o la ambulancia.
- La leche, el zumo de limón y el vinagre pueden ser eficaces en caso de intoxicaciones leves, si se administran correctamente.

INTOXICACIÓN ETÍLICA

Encontrarse ante una persona víctima de una intoxicación etílica o borrachera es una situación frecuente, por lo que es muy probable que en alguna ocasión deba atender a quien se halla en estado de embriaguez. Conviene entonces saber qué hacer, qué no hacer y el porqué de ello.

Cómo actuar:

- Si la embriaguez es ligera, la persona está consciente y comienza a dar signos de euforia poco apropiada, es necesario impedir que siga bebiendo.
- Si la persona manifiesta signos de embriaguez más avanzada, es conveniente acompañarla hasta un lugar tranquilo, acostarla y colocarla en posición lateral de seguridad, abrirla con una manta y darle líquidos calientes azucarados.
- Si la persona camina de forma tambaleante y se aprecia somnolencia y bradipsiquia, hay que acostarla en posición lateral de seguridad y mantenerla bien abrigada, sin darle nada de beber, ya que su propia falta de coordinación le puede hacer aspirar el líquido.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- Cuando se encuentra a una persona tendida en el suelo con todos los signos de estar ebria(aliento alcohólico, rostro robicundo, conjuntivas inyectada y aspectos descuidados) hay que verificar que no haya sufrido alguna lesión al caer (heridas, fracturas)

ELECTROCUCIÓN: LESIONES POR DESCARGAS ELÉCTRICAS

¿Qué hacer?

- Como en todos los accidentes, es importante no lesionarse uno mismo, ni perecer, en el intento de salvar al accidentado. Cortar la corriente eléctrica o separarle de la fuente de electricidad es la primera medida. Para ello, es imperativo no tocar directamente al accidentado sino desconectar el interruptor o los fusibles.
- Si ello no es posible, hay que apartar al accidentado de la fuente de electricidad asegurándose de que está aislado (no va descalzo ni está mojado, etc.) y empujándolo o agarrándolo con un material aislante (un palo, un cinturón de cuero, una sábana, una chaqueta, o ropa, etc.).
- Una vez apartado de la fuente de electricidad, hay que valorar inmediatamente las funciones vitales, respiración, latidos cardíacos, sensibilidad y conciencia.
- Si la víctima no respira, se debe iniciar inmediatamente la respiración artificial.
- Si sufre paro cardíaco, se ha de aplicar un masaje cardíaco externo y, si el reanimador está solo y no cuenta con otra ayuda, habrá que alternarlo con la respiración artificial.
- Si existe paro cardíaco y respiratorio, pero hay dos personas para auxiliar a la víctima, una le practicará la respiración boca a boca y la otra le dará masajes al corazón.
- La persona que realice el masaje cardíaco presionará el tórax sobre la zona del corazón a un ritmo algo superior a una vez por segundo, y la que ejecute la respiración artificial, ventilará los pulmones de la víctima una vez cada cinco segundos. Una vez recuperadas las funciones vitales, hay que valorar las otras posibles lesiones, buscando dislocaciones, fracturas, daños en la columna vertebral o heridas, y remitir en forma urgente a un centro asistencial de mayor complejidad.
-

LESIONES OCULARES

Extraer cuerpos extraños que se han introducido en el ojo es una maniobra que a veces es necesario realizar y que puede resultar muy difícil o muy fácil, según sea la técnica que se precise para extraerlos. Una mala técnica puede lesionar la conjuntiva o la córnea.

EXTRACCIÓN SIMPLE DE UN CUERPO EXTRAÑO

- Si tiene un objeto que no sale de forma espontánea del ojo, vierta agua del grifo o de una jarra suavemente por encima del párpado.
- Estire el párpado inferior y, si es visible, retire el objeto con un pedazo de papel o trozo de tela humedecido.
- **CÓMO EVERTIR LOS PÁRPADOS**
- Para evertir los párpados y acceder al cuerpo extraño introducido en el ojo, precisa de sus dedos limpios y un palillo cubierto de algodón.
- Mediante la ayuda del palillo y tomando las pestañas con los dedos, doble hacia arriba el párpado superior.
- Dígale a la persona que mire hacia arriba, hacia abajo y hacia los lados

CUERPOS EXTRAÑOS EN LAS VÍAS RESPIRATORIAS

Los cuerpos extraños en las vías respiratorias pueden ser muy difíciles de extraer, según sea su consistencia y según la técnica que se utilice para extraerlos. Una mala técnica puede introducirlos a más profundidad y complicar el problema.

TORCEDURAS Y LUXACIONES

Las torceduras y luxaciones son lesiones frecuentes en todas las edades; el tratamiento de urgencia puede ser de gran ayuda para facilitar su curación y evitar complicaciones.

FRACTURAS ÓSEAS

La gravedad de las fracturas depende de su localización. La movilización tras una rápida valoración es la primera medida que se debe tomar.

Las técnicas para inmovilizar una fractura no son difíciles, pero es importante aplicarlas correctamente.

Las fracturas pueden ser abiertas y cerradas. Las fracturas abiertas son aquellas en las que existe una herida además de la rotura del hueso; puede suceder que pueda incluso verse un fragmento del hueso roto. Las fracturas cerradas son aquellas en las que no hay heridas. Tanto si son abiertas como si son cerradas, pueden ser de varios tipos: simples, cuando el hueso se rompe en varios fragmentos; desplazada o no, dependiendo de si alguno de los fragmentos del hueso fracturado se mueve o no de su sitio; por aplastamiento, cuando es la presión la causa de la fractura.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

PROCEDIMIENTOS: SEGÚN LOCALIZACIÓN

- Fracturas de extremidad superior: fabricar un entablillado con cualquier material rígido, acolchado con telas o algodones para que no lastime la extremidad al apretarse a ella. Para las fracturas del antebrazo, una revista gruesa rodeando el antebrazo y atada a él puede servir temporalmente de tablilla. Colocar el brazo en un cabestrillo simple.
- Fracturas de extremidad inferior: existen varios métodos de inmovilización, como unir el miembro lesionado al miembro sano por medio de pañuelos; inmovilizar con una manta arrollada a ambos lados de la pierna herida; utilizar una tabla que llegue hasta el tórax por un lado y hasta la ingle por el otro, fijándose firmemente por encima y por debajo de la fractura e inmovilizando la extremidad.
- Fractura de mandíbula: inmovilizar las fracturas (siempre serán dos las partes de la mandíbula fracturadas) con un vendaje cruzado o cabestro: se rodea primero la frente con varias vueltas de venda y se continua luego hacia el cuello para poder pasar la venda bajo la mandíbula y dar varias vueltas de abajo hacia arriba.
- Fractura de clavícula: lo principal es impedir que los hombros se muevan hacia adelante. Para ello se utiliza el vendaje en “ocho de guarismo” sujetando los hombros hacia atrás, se hace un vendaje en forma de “8” horizontal de tal manera que la venda se vaya cruzando por la espalda, entre las escapulas, y tire de los hombros hacia atrás.
- Fractura de costillas: colocar al paciente en la postura menos dolorosa. No poner ningún vendaje sobre el tórax, ya que los mismos músculos de la caja torácica y los pulmones sirven para inmovilizar la costilla fracturada. Si el paciente se ahoga, debe ser evacuado inmediatamente.
- Fractura de columna: lo más importante es no mover al herido, colocarle soportes a ambos lados de la cabeza para que no la gire e impedir que nadie le mueva. No hay que doblar al herido para sentarlo ni levantarlo por las axilas o bajo las rodillas; sobre todo, no girarle la cabeza.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES

La antisepsia es uno de los parámetros fundamentales que se deben tener en cuenta para el control de las infecciones hospitalarias. Este aspecto comprende todo lo relacionado con el control de la cantidad de microorganismos que puedan estar presentes en los tejidos vivos. En la antisepsia se deben tener en cuenta parámetros tan importantes como el lavado de manos, aspecto tan importantes como el cuidado de las heridas y preparación de la piel para la realización de procedimientos quirúrgicos o de venopuncion.

Antisepsia implica la eliminación o inhibición de la proliferación de microorganismos en los tejidos y/o fluidos corporales. Este proceso no necesariamente destruye todos los microorganismos pero los reduce a un nivel en el cual no se generan infecciones en el sitio de aplicación.

La antisepsia se consigue mediante la aplicación de un antiséptico, el cual se define como una sustancia que se usa sobre tejidos vivos o dentro de ellos, con el fin de inhibir o destruir microorganismos; muy a menudo la diferencia entre antiséptico y desinfectante no es muy clara y un determinado compuesto por ejemplo los yodóforos son formulados como desinfectantes o como antisépticos. No se debe utilizar los desinfectantes como antisépticos o viceversa.

Antiséptico: compuesto orgánico o inorgánico formulado para utilizarse sobre tejido vivo con el fin de inhibir la proliferación de microorganismos endogenos, es decir la flora resistente.

Si bien el jabón corriente disminuye físicamente los microorganismos transitorios de la piel las preparaciones de antisépticos matan o inhiben los microorganismos residentes dentro de los cuales se encuentran la mayoría de virus, bacterias vegetativas y hongos.

Los antisépticos están diseñados para eliminar o destruir el máximo de microorganismos posibles con el mínimo de efectos secundarios sobre la piel, mucosas y el organismo en general cuando se aplican. Algunas de estas preparaciones posan un efecto residual, es decir, la actividad antibacteriana continua por un cierto periodo de tiempo después de su aplicación a la piel o las mucosas.

Los antisépticos se clasifican en un nivel de actividad de bajo a intermedio y por lo tanto no poseen la misma actividad germicida que las preparaciones utilizadas para la desinfección de objetos inanimados. Con excepción del yodo y el alcohol que también son desinfectantes nunca se deben utilizar las solución es antisépticas para desinfectar objetos inanimados, ni las preparaciones formuladas como desinfectantes para llevar a cabo procesos de antisepsia.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

CLASIFICACIÓN DE LOS ANTISÉPTICOS.

Grupos	Gram +	Gram -	M. TBC	Acción bactericida
Alcoholes	Muy buena	Muy buena	Buena	Rápida
Comp. de yodo (tint. 1%)	Muy buena	Muy buena	Buena	Rápida
Yodoforos	Muy buena	Muy buena	Regular	Rápida
Clorhexidina (sol. Ac. 3-4%)	Muy regular	Buena	No	Intermedia
Hexamidina (sol. acuosa)	Regular	Regular	Regular	Intermedia
Hexaclorofeno 3%	Buena	Mala	Ninguna	Muy lenta

El yodo: es un bactericida contra un amplio número de patógenos, incluyendo bacterias, hongos, virus, protozoarios y algunas esporas bacterianas. La actividad bactericida de la solución se incrementa en medio ácido. En la piel, una tintura al 1% mata el 90% de las bacterias en 90 segundos y una tintura del 7% en 15 segundos. Tiene una alta actividad fungistática y fungicida, es activo contra *Trichophyton gypseum* y *Candida albicans*.

El uso principal de la solución de yodo elemental es la antisepsia de la piel. Se emplea mejor en forma de tintura, pues el vehículo alcohólico facilita la difusión y penetración.

Los yodoforos son complejos inestables de yodo elemental con un portador o transportador que sirve no solo para aumentar la solubilidad del yodo en agua, sino también para constituir un reservorio de liberación sostenida del elemento. Ej. Iodopovidona, cloro yoduro de undecilo, complejos nonil fenol. Su espectro antimicrobiano engloba a las bacterias grampositivas y gramnegativas, los hongos, protozoos y muchos virus.

La clorhexidina fue descubierta durante una investigación de agentes sintéticos antipalúdicos del tipo proguanil. Es efectiva contra bacterias gramnegativas y grampositivas, hongos y levaduras y no presenta ninguna actividad esporicida. Tiene buena actividad antimicrobiana contra microorganismos grampositivos y gramnegativos, rápida acción virucida, no tiene actividad esporicida, baja toxicidad e irritabilidad. Se usa para lavado prequirúrgico de las manos, preparación quirúrgica de la piel, lavado y antisepsia de heridas, higiene neonatal, duchas vaginales e higiene oral.

Alcoholes: son compuestos utilizados como antisépticos y/o desinfectantes por su excelente y rápida actividad antibacteriana contra las formas vegetativas de microorganismos grampositivos y gramnegativos y buena acción tuberculicida, fungicida y virucida, incluyendo los CMV, VIH y el virus de la hepatitis B.

No destruyen los virus hidrofílicos como el ecovirus y coxsackievirus, por lo cual no es considerado desinfectante de alto nivel.

No tienen acción esporicida. La óptima actividad se presenta cuando se utilizan a una concentración del 70% en volumen. Los alcoholes no deben utilizarse para esterilizar equipos

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

médicos ni quirúrgicos, debido a la falta de acción esporídica y a la incapacidad para penetrar en los materiales ricos en materia orgánica.

RECOMENDACIONES PARA USO DE ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES

- 1) Ninguno es universalmente eficaz.
- 2) Los agentes químicos son buenos pero tóxicos.
- 3) No todos los elementos deben ser esterilizados.
- 4) Los antisépticos y desinfectantes no se auto esterilizan, sino por el contrario se contaminan.
- 5) No existe desinfección instantánea, requiere un tiempo de exposición para la acción.
- 6) Los frascos deben ser opacos para los yodoformos y permanecer tapados para evitar evaporación y contaminación.
- 7) Los frascos deben ser lavados y secados cada 24 horas.
- 8) Descartar remanente de antiséptico y recargar lo que se estima usar en 24 horas.

El mal uso y abuso de antisépticos y desinfectantes. Colabora en la selección de la flora institucional, resistente y virulenta.

Clasificación de materiales: Según riesgos de infección.

CRITICOS	SEMICRITICOS	NO CRÍTICOS
Instrumental quirúrgico	Equipos que se ponen en contacto con mucosas.	Equipos que se ponen en contacto con la piel .
Equipos invasivos: agujas, catéteres urinarios, venosos, prótesis, jeringas.	Fibroscopios. Tubos endotraqueales. Circuitos del respirador y anestesia.	Ropa de cama. Ambu. Tensiometro. Termómetro.
Equipo de laparoscopia, filtro de diálisis, implantes.	Catéteres de succión. Nebulizadores. Prolongadores.	Pinza de saturó metro. Orinales. Estetoscopios. Cables transductores del monitor.
Esterilización	Alto Nivel de desinfección.	Brazal de esfigmomanómetro. Desinfección de Bajo Nivel: ayudin, detergentes.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

HIPOCLORITO DE SODIO

Agua + Hipoclorito de sodio (50 gr.) + Nacl + Soda 2 gr. X litro

Dilucion	Lavandina	Agua	P.P.M	Indicado para:
1/10	100 cc.	1 litro	5000	Manchas de sangre
1/50	100 cc.	5 litros	1000	Descont. Materiales semicriticos.
1/100	100 cc.	10 litros	500	Desinfección terminal.
1/500	10 cc.	5 litros	100	Desinf. Bajo nivel de materiales no criticos.

ANTISÉPTICOS

ALCOHOL ETÍLICO:

Su aplicación en las manos frotando durante 1 minuto elimina 99,7% de la concentración microbiana.

Alcohol yodado al 2%

Actúan contra bacterias Gram positivas y Gram negativas. Es el antiséptico de elección para el campo quirúrgico, es irritante para la piel, mucosas y heridas.

Iodopovidona al 5%

No es toxico, no irritante; es funguicida, bactericida, virucida pero requiere tiempo prolongado de contacto. Como desinfectante es de bajo nivel e intermedio. Combinado con el jabón se usa para lavados y cepillado de las manos.

Gluconato de clorhexidina al 4%

Antiséptico jabonoso de amplio espectro. Su acción residual es hasta 6 horas.

MANEJO Y CUIDADOS DEL NEBULIZADOR

- a) Utilizar nebulizador estéril para cada paciente.
- b) Rotular el frasco de nebulizador colocando la fecha y hora.

Luego de su uso – secar con gasa estéril y dejar protegido (envuelto) con guante o gasa estéril (la humedad es caldo de cultivo para las pseudomonas).

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- c) Cambiar el nebulizador como mínimo cada 12 horas el vaso y el equipo.
- d) Si se cuenta con varios nebulizadores cambiar cada 8 horas.

INMUNIZACIONES

Se debe tener el siguiente grupo de inmunizaciones:

- Hepatitis B
- Meningococo B y C.
- Triple viral
- Difteria

Para quienes ya laboran en una institución se deben crear los mecanismos para que reciban estas inmunizaciones.

Para quienes empiezan deberían ser un requerimiento de admisión.

Los estudiantes y personal en entrenamiento deben tener inmunizaciones contra las enfermedades arriba mencionadas.

CLASIFICACIÓN SEGÚN SU DESTINO FINAL

Se clasifican en reciclables y no reciclables.

Los centros de asistencia médica y hospitales producen residuos peligrosos que son clasificados de la siguiente manera:

- Residuos infecciosos.
- Material corto – punzante.
- Material biológico.
- Residuos citostáticos.
- Medicinas vencidas.
- Residuos radioactivos.
- Residuos ambientales peligrosos.

MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS

Del manejo adecuado que se ejerza sobre los residuos hospitalarios depende la salud humana y se evitan los peligros que estos representan para el medio ambiente, por lo tanto, se deben guardar todas las normas y procedimientos dictados para tales fines.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

SEÑALIZACIÓN POR CÓDIGO DE COLORES.

La OMS ha normalizado un código de colores para la selección, almacenamiento y disposición final de los desechos, y es el siguiente:

- Verde Objetos ordinarios no reciclables.
- Rojo Residuos que implican riesgos biológicos.
- Negro : Para piezas anatomopatológicas.
- Naranja : Para depositar plástico.
- Blanco : Para depositar vidrio.
- Gris : Para cartón, papel y similares.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
NEONATOLOGÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

Enfermera: Identificar signos y síntomas de distrés respiratorio.

INTERVENCIONES

Valorar en el neonato los riesgos de distres respiratorios que incluyen:

- Patologías de la madre como hipertensión arterial, diabetes, infecciones, trabajo de parto distócico.
- Alteraciones del desarrollo fetal: fístula traqueoesofagica, hernia diafragmática, cardiopatías, agenesia o hipoplasia pulmonar.
- Problemas del neonato: prematuridad, barotrauma, aspiración de meconio, hipoxia, neumonía, etc.

Evaluar en forma permanente los signos de distres respiratorio mediante:

(Ver Valoración de Silverman Anderson).

A cada parámetro se le da una puntuación de 0 – 2 así:

1	No hay dificultad respiratoria.
1-3	Leve dificultad respiratoria
4-6	Moderada dificultad respiratoria
7-10	severa dificultad respiratoria.

Otros signos asociados:

- Cianosis.
- Taquipnea (por encima de 60 respiraciones por minuto).
- Ruidos respiratorios reducidos.
- Edema en manos y pies que ocurre dentro de las primeras 24 horas.
- Flacidez muscular, movimientos disminuidos y posición con la cabeza al lado.
- Frecuencia cardiaca menor de 100 latidos por minuto en estado tardío.

SIGNOS VITALES:

- Frecuencia respiratoria (FR)
- Presión arterial (PA)
- Frecuencia cardiaca (FC)
- Temperatura (T °)
- Color
- Actividad

Con el RN en reposo y sin haber abierto la incubadora se debe valorar FR, color y actividad.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

Frecuencia respiratoria: La FR normal en el RNT es de 40 a 60 por minuto. En el RNPT es de 60 a 80 por minuto.

Se puede encontrar:

- Respiración periódica: Actividad respiratoria durante 10 a 15 segundos seguida de apnea otros 5 a 10 segundos, sin modificación de la frecuencia cardiaca ni del color de la piel.
- Apnea: Cese de la respiración por mas o menos 20 segundos, acompañada de bradicardia y / o modificación del color.
- Bradipnea: Por prematuridad, infección, hipotermia, hipoxia, sueño profundo, hipoglicemia, enfermedad de membrana hialina.
- Taquipnea: Hipertermia, dolor, irritabilidad, incomodidad, SDR, cardiopatía, infección.
- El color y aspecto de la piel: El color de la piel y las mucosas nos dan importantes datos sobre el estado de oxigenación, perfusión y eventualmente sobre temperatura. El neonato se puede encontrar rosado, palido, rubicundo, cianotico icterico, terroso, moteado, acrocianotico, con petequias, con edema, con escleredema.
- Presión arterial (PA): Es un indicador de funcionamiento cardiaco, el volumensanguineo, la viscosidad sanguínea, la resistencia vascular periférica, la elasticidad. Incluye: P sistólica (PS), P diastólica (PD) y P media (PM). Se mide por los métodos de blanqueamiento o ultrasonido (Doppler). Si solo tenemos PS y PD podemos calcular la presión media aplicando la formula:

$$\frac{PS - PD}{3} + PD = PM$$

Las cifras de PA varían con actividad, manipulación del niño, drogas.

Por tal razón debe controlarse con el niño en reposo y antes de practicarle otro procedimiento. (Ver tabla cifras normales de presión arterial).

El brazalete debe colocarse preferiblemente en miembros superiores y debe ocupar los 2/3 del segmento de la extremidad donde se esta colocando. Puede ser util la siguiente tabla para seleccionar el brazalete:

N ° del brazalete	Peso del recién nacido
1	Mayor 1000 gramos
2	Entre 1000 y 2000 g.
3	Entre 2000 y 3000 g.
4	Mayor de 3000 g.

- Frecuencia cardiaca: FC. Se espera encontrar entre 120 a 160 latidos por minutos. Oscila con los cambios de actividad del recién nacido, siendo mayor cuando esta llorando o en movimiento.
- Bradicardia: FC menor de 120 latidos por minuto. Puede ser producida por obstrucción de la vía aérea, apnea, hipoxia prolongada, choque en fase tardía, reflejo vagal (causado por sonda de succión o de alimentación o por tubos orotraqueales), vomito, hipotermia severa, convulsiones o drogas como el gluconato de calcio.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- Traquicardia: FC mayor de 160 latidos por minuto. Puede deberse a hipoxia, dolor, estrés, irritabilidad, hipertensión, hipotensión, hipovolemia, deshidratación y drogas simpaticomiméticas.
- Temperatura: Ideal 36,8 C °. Se controla con el termómetro axilar. También se utilizan termistores que por lo general van acoplados a los sistemas de servocontrol.

MONITORIZACIÓN CONSTANTE DE GASES SANGUÍNEOS

- Valores de gases sanguíneos (Ver tabla estado ácido base).
- Medición directa.
- Arteria umbilical. En RN con dificultad respiratoria significativa es común monitorizar la oxígeno terapia durante los primeros días de vida, mediante un catéter colocado en la arteria umbilical.

En la mayoría de los neonatos se debe mantener la PaO₂ entre 50 y 70 mmHg, pero en algunos con hipertensión pulmonar labil se recomienda mantener entre 80 y 100 mmHg. Sin embargo, en neonatos que requieren altas presiones del ventilador se pueden aceptar niveles de 30 a 40 mm Hg. Siempre que el estado circulatorio este bien mantenido y no se produzca acidosis metabólica.

Las complicaciones de los catéteres de la arteria umbilical son: perforación, vaso espasmo, trombosis, embolia e infección, siendo la mas frecuente la enterocolitis necrotizante. Nivel de Evidencia II. El signo más obvio del vaso espasmo es la isquemia del miembro inferior ipsilateral y si esta persiste después de un breve periodo de calentamiento del miembro inferior contralateral, es necesario retirar el catéter. Para mantener estos catéteres se puede usar un bolo de una unidad de heparina mas un centímetro de solución salina normal.

- Catéteres cortos introducidos por vía percutanea o por el procedimiento de incisión en las arterias radial, tibial posterior o pedía; con ellos las tasas de infección son bastante bajas, pero suelen durar solo unos pocos días. Estos catéteres se pueden mantener con bolos rápidos de solución salina.
- Punción arterial intermitente: Las muestras para gases sanguíneos se pueden obtener por aspiración percutanea con aguja de las arterias radial, braquial, temporal, pedía dorsal y tibial posterior. La circulación colateral, la localización anatómica y la significativa distancia del nervio mediano hacen dela arteria radial el sitio preferido para la toma de gases en los niños. Se debe tomar una muestra de gases arteriales cada 24 horas extrayendo 0,25 cc de sangre para evitar la anemizacion.
- Muestras capilares. Se pueden obtener del talón aplicando antes calor durante 5 – 10 minutos. Los datos obtenidos son relativamente confiables en relación con pH y PCO₂ pero la correlación no es muy buena para PO₂ por lo que se debe mantener la PaO₂ capilar entre 35 y 50 mmHg.

Estudios realizados para determinar la utilidad de estos métodos han dando los resultados expuestos.

Cuidado en enfermería al neonato critico – basada en la evidencia científica.

En lo posible se dejará monitorización continua por uno de estos métodos a los pacientes mas críticos y a los restantes se les monitorizará cada 8 horas durante una hora para obtener datos mas confiables.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

Enfermera: Mantener y maximizar la función pulmonar
Neonato: Mostrará una función respiratoria óptima.

INTERVENCIONES

Medidas generales:

- Poner al niño en incubadora o calentador radiante según su peso y condiciones generales.
- Limpiar las vías aéreas superiores, comprobando su permeabilidad.
- Vaciamiento del contenido gástrico cuantificando lo extraído.
- Suspensión de la alimentación por vía oral.
- Lavado gástrico con solución salina.
- solución glucosada IV al 10% en las primeras 24 horas, luego según requerimientos.
- Mantener al neonato en posiciones que faciliten el intercambio óptimo del aire.
- Colocarlo en posición prono o de lado para prevenir la aspiración.
- Colocar toalla o sabanita enrollada bajo el cuello. Nivel de evidencia III. Recomendación Grado D.
- Evitar hiperextensión.
- Facilitar el cuidado canguro en los neonatos que reúnan los requisitos expuestos en termorregulación.
- Realizar glucometría cada 6 horas durante los dos primeros días de vida.
- Medir el gasto urinario en forma continua y recordar que debe ser superior a 1 cc kg/h.
- Administrar oxígeno terapia teniendo en cuenta las necesidades del neonato y las indicaciones de los diferentes métodos.

Luego de la asistencia respiratoria inicial y de las medidas generales del ingreso, se debe decidir el método de oxígeno terapia a seguir, para lo cual se deben utilizar criterios de evaluación. (ver tabla Sistema de Evaluación de la Gravedad de la Insuficiencia Respiratoria).

Clasificación de la gravedad de la insuficiencia respiratoria:

0-3	Leve
4-5	Moderada
>6	Grave

Cuando la insuficiencia respiratoria es leve se puede optar por el oxígeno en la incubadora o cánula nasal cuando es moderada, la cámara cefálica, la cánula nasofaríngea o el CPAP nasal y cuando es grave, la ventilación mecánica.

- CPAP Casero. Implementos para el CPAP casero:
 - Catéter de venoclisis de 3 vías.
 - Buretrol graduado en centímetros.
 - Fuente de oxígeno con humidificador.
 - Tubo endotraqueal N ° 2,5 ó 3 ó catéter nasofaríngeo.

PROCEDIMIENTO:

El catéter de venoclisis de tres vías va unido de la siguiente manera:

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- Una vía unida al tubo endotraqueal o catéter nasofaríngeo.
- La segunda vía conectada a la bureta e introducida 4 a 6 cms. de agua.
- La tercera vía conectada a la fuente de oxígeno.
- Asistencia respiratoria mecánica (ARM). Consiste en la administración de ventilación artificial cuando el paciente es incapaz de mantener un volumen circulante adecuado a sus requerimientos o cuando hacerlo significa un esfuerzo físico muy grande. (Ver tabla métodos de asistencia respiratoria mecánica).

Las siguientes sugerencias se pueden utilizar como guías. Serán útiles en la mayoría de los casos:

MÉTODOS:

- Presión positiva continua en la vía aérea o CPAP. Consiste en el mantenimiento de una presión supratmosférica (o presión positiva) durante la expiración en un paciente que respira espontáneamente. Aun cuando la presión positiva se aplica en forma continua, tanto durante la inspiración como durante la expiración, el efecto de mantener una presión transpulmonar elevada se realiza durante la expiración.
- Ventilación mandatoria intermitente IMV. El término IMV se utiliza en los casos de asistencia a la ventilación en los que la frecuencia del ciclado del aparato sea menor a la frecuencia respiratoria del recién nacido. Este respira espontáneamente y el ventilador cicla intermitentemente ventilándolo con la frecuencia, la presión y flujo que se hayan seleccionado.

OTROS MÉTODOS DE VENTILACIÓN MECÁNICA:

- Ventilación de alta frecuencia. Hace referencia a frecuencias de respirador de 150 a 3000 respiraciones por minuto.
- Oxigenación por membrana extracorpórea OMEC. Consiste en un sistema que oxigena la sangre del niño fuera del cuerpo. Es un método muy invasivo que exige cateterización de la vena yugular interna derecha y de la arteria carótida primitiva y mantener el tiempo de coagulación de 2 a 3 veces por debajo de la normal mediante heparinización. Se ha usado en pacientes con neumonía por aspiración de meconio, neumonía de comienzo temprano, hipertensión pulmonar persistente, niños con hernia diafragmática y pérdidas aéreas pulmonares importantes. Se excluyen los neonatos menores de 2000 gramos y 34 semanas de gestación y los niños que tienen evidencia de hemorragia.
- Asistir en el procedimiento de intubación endotraqueal
- Preparar el siguiente equipo:
 - Cuatro tubos endotraqueales (2.5,3,3.5,4mm).
 - Fuente de oxígeno y de aspiración.
 - Catéteres para aspiración de distinto calibre.
 - Dos hojas de laringoscopio con bombillos de repuesto. (Tamaño 0 y 1).
 - Un mango de laringoscopio con pilas de repuesto.
 - Una bolsa de reanimación (que pueda administrar hasta 100% de oxígeno y presiones adecuadas).
 - Tela adhesiva.
 - Mascaras faciales.
 - Manómetro para medir la presión en la vía aérea.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- Colocar la cabeza del neonato en ligera extensión o en posición neutra y los hombros en el mismo plano que la cabeza.
- Mantener iluminación y regulación de la temperatura adecuada.
- Seleccionar el tubo de acuerdo con el peso del niño. (Ver tabla intubación endotraqueal).
- Durante la intubación controlar en forma continua la frecuencia cardiaca. Si hay bradicardia retirar el laringoscopio y ventilar con bolsa y máscara hasta que el color y la FC sean normales.
- Fijar el tubo endotraqueal firmemente con tela adhesiva.
- Documentar la distancia de introducción del tubo endotraqueal, el tamaño y la fecha en la tela adhesiva y también en el archivo y la historia clínica.
- Estar alerta para observar signos clínicos de extubación accidental: llanto, disminución de entrada de aire en el tórax, aumento de entrada de aire en el estómago, deterioro brusco del color, la FC o la PO₂ transcutánea. Se ha encontrado que el 50 % de los pacientes que se extubaron, lo hicieron mientras fueron agitados en procedimientos como peso, fisioterapia y movimientos del paciente. Nivel de evidencia III. Recomendación Grado B.
- Fijar los circuitos del respirador a la incubadora para prevenir que se acoden o que tiren del tubo endotraqueal.
- Evaluar los circuitos del ventilador en forma horaria para observar si existe acumulación de agua en la tubuladura.
- Siempre que la tela adhesiva se moje, se afloje o pierda su adhesividad, proceda a refijar el tubo, pues esta es una de las causas frecuentes de extubación accidental.
- Auscultar los pulmones después de modificar la posición del niño.
- Si sospecha que el tubo endotraqueal está tapado, proceder a la aspiración, utilizando solución salina y ventilar manualmente hasta que la entrada de aire y el estado clínico mejoren.
- Controlar y documentar los parámetros del ventilador cada hora.
- Registrar en una planilla todos los datos concernientes a la valoración.
- Es recomendable ½ hora antes de extubar aplicar dexametasona 0,2 mg/kg. Y luego de extubar, terapia respiratoria y nebulizaciones con solución salina y terbutalina para evitar el crup posextubación y el bronco espasmo por secreciones.

PREVENIR LAS COMPLICACIONES DE LA ADMINISTRACIÓN DE oxígeno.

INTERVENCIONES

Vigilar la presencia de signos y síntomas que indiquen complicaciones:

- Del tubo endotraqueal: infección, estenosis subglótica cuando se usa por largo tiempo, obstrucción por secreciones, intubación monobronquial, extubación accidental, ulceración, necrosis relacionadas con número de reintubaciones.
- De la ventilación mecánica: barotrauma (enfisema intersticial; neumotórax, neumomediastino y neumopericardio). Se detecta mayor asociación entre estos fenómenos y la hemorragia intracraneana.
- Efectos cardiovasculares: hipotensión por disminución del gasto cardiaco y el retorno venoso cuando los parámetros permanecen altos y el pulmón va en mejoría.
- Desplazamiento bronco pulmonar.
- Retinopatía del prematuro (fibroplasia retrolental).
- Hemorragia intra ventricular. Se relaciona con la prematuridad, la EMH y la asfixia.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

Saugstang y Sullivan revisaron evidencias en animales y humanos y sus estudios concluyeron que los infantes prematuros son particularmente susceptibles a la injuria de los radicales libres, formados en hiperoxemia y paradójicamente en el estado de reoxigenación seguido a la hipoxia, porque ellos desarrollan bajos niveles de los componentes del sistema antioxidante.

El otro mecanismo por el cual el oxígeno puede causar daño es indirectamente a través de la vasoconstricción que resulta de la PAO₂ aumentada. Este mecanismo protege los tejidos contra demasiado oxígeno, pero puede ser dañino cuando interfiere con la liberación adecuada de importantes sustratos como la glucosa y los aminoácidos.

Se han realizado estudios sobre los efectos del oxígeno en el pulmón, en los ojos y en el cerebro. Después de cinco horas de exposición de oxígeno al 100% se observa adelgazamiento y vacuolización del endotelio de los capilares. Después de dos días hay edema alveolar e intersticial seguido de descamación alveolar y reemplazo de las células tipo I por células tipo II. Después de cinco días de exposición el epitelio es totalmente destruido y se presenta hemorragia alveolar y formación de membrana hialina. Si la exposición del oxígeno al 100 % continua, aparecen atelectasia enfisema y fibrosis intersticial.

En los ojos del recién nacido el primer cambio proliferativo es en el tejido vasculogénico, seguido de un engrosamiento de la línea de demarcación. Usualmente estos cambios retinales se detienen y regresan sin dejar secuelas. Sin embargo, los procesos pueden avanzar hasta la retina misma. La similitud de la circulación retinal y cerebral con respecto al origen embriológico, morfología y fisiología han originado la especulación de que la hiperoxemia podría causar alteraciones en el sistema cerebro vascular similares a las observadas en la retina inmadura.

Anécdotas y observaciones, ninguna de las cuales se ha sustentado con estudio riguroso, han sugerido una defunción neurológica en niños con retinopatía y ciegos. En estudios con animales se ha negado la existencia de efectos patológicos en la vascularización del cerebro inmaduro.

RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE oxígeno.

- Ningún RN debe recibir O₂ a menos que exista una indicación específica, es decir, que el oxígeno no debe administrarse innecesariamente.
- La concentración de oxígeno inspirado debe individualizarse, midiendo los gases arteriales y administrando el O₂ necesario para mantener la PaO₂ entre 45-60 torr y la saturación entre 85 y 92 % en los niños menores de 1000 gramos y una saturación entre 90 y 97 % en los niños mayores de 36 semanas.
- Se debe administrar O₂ húmedo al 30 y 40 % porque los gases irritan las vías aéreas y aumentan las pérdidas insensibles por agua.
- El O₂ debe calentarse a T ° de 31 – 34 °C para prevenir el estrés por frío.
- La concentración de oxígeno debe monitorizarse periódicamente (cada hora) y el oxímetro debe calibrarse cada 8 horas, no se aconseja administrar oxígeno a los RN sin alguna forma de monitorización de los gases sanguíneos.
- Valorar en forma constante el color, el esfuerzo respiratorio, la actividad, la respuesta circulatoria.
- Monitorizar los signos vitales en forma electrónica cada hora.
- Auscultar sonidos respiratorios cada hora.
- Usar técnica de mínima manipulación, realizando todos los procedimientos al mismo tiempo.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- Conocer y tener listos todos los implementos necesarios para la administración de oxígeno.

Se debe tomar ecografía cerebral y realizar valoración oftalmológica a todo RNP menor de 1.500 gramos y 32 semanas de edad gestacional y que haya cumplido las 3 semanas de vida postnatal.

Promover la recuperación de la función pulmonar.

- Intervenciones.
- Programar higiene respiratoria a los neonatos intubados o con aumento de secreciones traqueo bronquiales, teniendo en cuenta los siguientes cuidados:

LA FISIOTERAPIA TORÁCICA INCLUYE:

- Drenaje postural: Facilita la movilización de secreciones por efecto de la gravedad. Colocando el tórax del recién nacido en diferentes posiciones, las secreciones drenan desde distintos segmentos pulmonares a los bronquios mayores. Debe modificarse la posición del recién nacido cada dos o cuatro horas.
- Percusión: Se debe realizar antes de cada aspiración. Consiste en aplicar una serie de golpes suaves con la mano ahuecada sobre el tórax del recién nacido, siguiendo la distribución del árbol bronquial, lo que ayuda a despegar los tapones mucosos. Si el tórax del RN es muy pequeño, se puede utilizar una tetilla de biberón o una máscara. No se debe percudir sobre hígado, riñón, corazón, esternón, vértebras o estómagos.

La percusión y la posición de trendelemburg están contraindicadas en:

- Recuento plaquetario $Z 50.000$ 1/
- Tubos de drenaje torácico múltiples.
- Osteopenia.
- Fracturas costales.
- Cambios múltiples del TOT.
- Hipertensión pulmonar.
- Prematuros con SDR en fase aguda.
- Postoperatorio cardiaco reciente.
- Hernia diafragmática.
- Gastrosquisis, onfalocele, fístula traqueo esofágica.
- Retinopatía del prematuro G II o mayor.
- Hemorragia intra craneana reciente.
- Algunas condiciones asociadas con incremento de hipertensión endocraneana.
- RN que no toleren percusión y posición de trendelemburg.

- **Vibración:** Se realiza aplicando sacudidas suaves sobre el tórax del RN. Esto impulsa las secreciones de la pequeña vía aérea a los bronquios de mayor calibre. Puede ser reemplazado por un cepillo dental eléctrico cubierto con una gasa suave. Debe realizarse desde los segmentos periféricos hacia la traquea aproximadamente durante 30 segundos. Normalmente no es requerida en las primeras 24 a 48 horas de vida.

Esta indicada en:

- RN menores de 1.500 gramos reciben vibración únicamente.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- Los RN mayores de 1.500 g. pueden recibir vibración y además fisioterapia según sus condiciones.

La frecuencia de la vibración debe estar basada en las condiciones y necesidades del niño para no producir deterioro clínico.

ASPIRACIÓN DE SECRECIONES.

INDICACIONES:

- Los pacientes con EMH generalmente no requieren succión las primeras 24 horas. El segundo día pueden requerir succión 2-3 veces día. En el tercer día c/ 4-12 horas.
- En el RN con aspiración de meconio o problemas respiratorios con aumento de secreciones se necesita por lo menos cada 12 horas.
- Para todos los pacientes se debe valorar el estado respiratorio, el diagnóstico clínico, la edad postnatal, la cantidad de secreciones para determinar la necesidad de succión.
- Con excepción de la EMH, en las primeras 24 horas los niños pueden ser aspirados cada 12 horas para mantener el tubo permeable.
-

TÉCNICA:

- Proceda a aspirar el tubo cuando se compruebe la presencia de secreciones en forma visual o por auscultación.
- Para este procedimiento se necesitan dos personas.
- Debe efectuarse con técnica estéril.
- Se pueden instilar 0.5 cc de SSN a través del tubo y volver a conectar al O₂ durante 15-45 segundos. Luego se debe desconectar el tubo e introducir la sonda de aspiración (que no rebase la punta del tubo) sin succión todavía,
- con el catéter en el fondo se aplica la succión mientras se retira la sonda.
- No dar movimientos de rotación (tiempo 2 a 3 seg.). Luego se reoxigena al niño conectándolo al ventilador o fuente de oxígeno.
- Se debe aspirar el tubo según sea necesario.
- La succión debe ser precedida de terapia respiratoria.
- Monitorizar la oximetría durante el procedimiento.
- Se debe valorar el color, olor, consistencia y cantidad de las secreciones y si se sospecha infección se debe obtener aspirado traqueal para cultivo.
- Aspirar la boca del niño al tiempo con la aspiración endotraqueal, limpiar la boca y los labios del niño con una gasa humedecida con agua estéril.
- Lubricar los labios con gasa vaselinada.
- Por orden médica se puede usar una solución de NaHCO₃ 1 mol (1 ml de NaHCO₃ + 2 ml H₂O estéril) para taponar de moco. No usar más de 0.25 ml ni exceder el uso por más de 4 a 6 horas.
-

COMPLICACIONES

La succión es un procedimiento potencialmente dañino porque puede producir neumotórax, infección, hipoxia, lesiones traumáticas en traquea y atelectasia.

Asistencia en el manejo de la terapia con surfactante.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

La enfermera asiste en la instilación del surfactante y es la responsable del cuidado del RN antes, durante y después de la dosis:

Antes:

- Documentarse acerca de la presentación, recomendaciones, dosificación, precauciones, conservación y reacciones adversas del medicamento.
- Confirmar que al recién nacido se le haya tomado radiografía para determinar el sitio de ubicación del tubo orotraqueal.
- Verificar el peso exacto del RN.
- Monitorizar los signos vitales.
- Aspirar al RN 15 minutos antes de la dosis para asegurar la permeabilidad del tubo.

Durante:

- Colaborar con las posiciones del RN para la instilación del surfactante según las especificaciones de la casa productora.
- Mantener al RN 30 segundos en cada posición después de administrada la dosis.
- Reconectar el RN al ventilador inmediatamente después de recibir la dosis.
- Si la PO₂ transcutánea o la saturación de O₂ disminuyen o si el RN presenta bradicardia, deberá pararse la administración hasta que se recupere.

Después:

- Valorar color de la piel, expansión pulmonar, saturación de O₂ y TcO₂ porque el surfactante produce cambios en la maduración pulmonar que pueden indicar la necesidad de destete del ventilador.

EDUCACIÓN A LOS PADRES

Al egreso de los pacientes que requieren suministro de O₂ se debe enseñar a los padres el procedimiento, la dosis, los cuidados con la cánula nasal, los signos de deterioro del niño y los peligros del O₂. Además, la administración de los medicamentos, las dosis y las citas de control.

RESULTADOS ESPERADOS:

- Respiración regular y sin trabajo.
- Frecuencia respiratoria dentro de límites normales.
- Gases en sangre arterial y equilibrio ácido básico normales.
- Oxigenación tisular adecuada.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

Termorregulación ineficaz en relación con capacidad limitada para producir calor, capacidad limitada para tiritar y metabolismo basal aumentado secundario a inmadurez.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

Identificar en el neonato los riesgos potenciales o actuales de una temperatura inestable.

INTERVENCIONES

Evaluar factores relacionados con el riesgo del infante de presentar fluctuaciones en la temperatura, tales como:

- Prematuridad.
- Sepsis e infecciones.
- Asfixia e hipoxia.
- Trauma que comprometa el sistema nervioso central.
- Desequilibrio hidroelectrolítico.
- Alta y baja temperatura ambiental.
- Trauma durante el parto.
- Uso de drogas psicoactivas por parte de la madre.
- Insuficiencia cardíaca, insuficiencia respiratoria.
- Condiciones neurológicas como meningitis o hemorragia cerebral.
- Inadecuado secado y abrigo del neonato después del nacimiento.
- Fototerapia.
- Requerimientos nutricionales insuficientes.

Enfermera: Proporcionar un ambiente térmico neutro.

Neonato: Mantendrá estable la temperatura corporal.

INTERVENCIONES

En hipotermia: definida como una temperatura corporal menor de 36,3 ° C (97 ° E 6 ° F). Las intervenciones de enfermería son necesarias para reducir la hipotermia y la acidemia que se presenta en los sobre todo en los muy bajo peso.

- Preparar equipo para admisión:
- Fuente de calor radiante o incubadora con la temperatura necesaria según el peso y la edad del recién nacido. Las incubadoras de una sola pared favorecen la pérdida de calor por radiación, mientras que las fuentes de calor radiante favorecen la pérdida por convección y evaporación y utilizan la radiación como una ganancia de calor.
- Servo controles colocados y funcionando correctamente.
- Límites de alarma colocadas.
- El medio más eficaz para mantener el nivel de temperatura deseado en el neonato desnudo es un panel calefactor o incubadora controlada de forma automática, que se ajusta en respuesta a las señales de un sensor térmico fijado a la piel del abdomen.
- Sin servocontrol, el dispositivo de calefacción se debe regular manualmente, para mantener un ambiente térmico neutro. La lectura mecánica de la temperatura se comprueba durante las valoraciones de rutina.
- Colocar las alarmas en los límites adecuados y conectarlos.
- Si un neonato debe ser manipulado, se puede usar lámpara de calor radiante servo controlada, de 60 watts a 46 cm de altura. Los niños de muy bajo peso pueden aumentar las pérdidas insensibles de agua, si se dejan mucho tiempo bajo estos artefactos.

Los beneficios de la disminución de pérdidas evaporativas de calor son más evidentes en los neonatos de bajo peso al nacer, quienes tienen altas pérdidas evaporativas de calor como resultado del aumento en la permeabilidad de la piel.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- Los neonatos hipodérmicos son más susceptibles, en forma significativa, de presentar acidemia, especialmente en los de muy bajo peso. No se han encontrado cambios en los valores de glucosa en sangre y bicarbonato sérico.
- Para un recién nacido en hipotermia severa se debe colocar el servo control (en incubadora abierta) en 36,5 °C. Si se coloca en incubadora cerrada, poner la temperatura de la misma en 1.5 °C más que la temperatura corporal del neonato. Cuando el niño aumenta su temperatura, aumenta la de la incubadora para mantenerla siempre 1.5 °C por encima de la del bebe. Cuando este alcance los 37 °C colocarlo en ambiente térmico neutro.

Hipertermia: Ocurre cuando la temperatura central es mayor a 37,5 °C.

Factores precipitantes:

- Excesiva temperatura ambiental
 - Deshidratación
 - Fototerapia
 - Daño del sistema nervioso central por trauma o drogas.
- Determinar la causa desencadenante.
 - Revisar el adecuado funcionamiento del método usado para el control térmico.
 - Desnudar al neonato.
 - Ventilar manualmente al neonato, semejando un abanico.
 - Disminuir gradualmente la temperatura, el descenso súbito puede ser perjudicial.
 - Evitar la hipotermia monitorizando la temperatura del paciente cada 30 minutos hasta llevarle a la temperatura neutral. Nivel de Evidencia III. Recomendación Grado B.

PELIGROS CON EL USO DE MÉTODOS DE CONTROL TÉRMICO.

- Hipertermia: si el servocontrol se desconecta o hace un mal contacto con la piel, no le da información al sistema para que disminuya automáticamente la radiación de calor. Es un aparato mecánico y como tal puede dañarse.
- Infecciones no detectadas: el servocontrol puede enmascarar los signos de hipo o hipertermia que acompañan la infección. Se debe monitorizar la temperatura central y ambiental con frecuencia y estar atento a los signos clínicos de sepsis.
- Deshidratación: las lámparas de calor radiante aumentan las pérdidas insensibles. Monitorice adecuadamente el peso y esté pendiente para hacer el reemplazo hídrico adecuado.
- Quemaduras: especialmente por las lámparas de calor radiante, o por dispositivos de calentamiento en las incubadoras desgastadas e indebidamente protegidas.
- Muerte: por una inadecuada sensación de seguridad en los dispositivos electrónicos ocasionando una indebida monitorización clínica del paciente.
-

INTERVENCIONES

Cuidado canguro: es una intervención de enfermería importante en el cuidado de los neonatos pretermicos. Implica promover el lazo afectivo entre los padres y el neonato pretermico fisiológicamente estable, preparando a los padres y facilitando el ambiente para el contacto piel a piel. El cuidado canguro fue introducido en Colombia por Rey y Martínez en Bogotá, 1983.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

Para realizar esta intervención es necesario que los neonatos pretermicos estén entre 750 y 1500 gramos como mínimo, una edad posgestacional de 26 a 37 semanas, un apgar a los 5 minutos del nacimiento de 6 o más, una temperatura corporal y signos estables en las últimas 48 horas. No deben participar los neonatos que necesitan ventilación mecánica o soporte ventilatorio, necesidades variables de FiO₂, requerimiento de O₂ mayores del 50% , tubo endotraqueal, líneas arteriales periféricas y temperaturas que disminuyen más de un grado de la temperatura basal durante el cuidado canguro.

Es importante que los padres que quieran participar en el cuidado tengan la dedicación y el tiempo necesario para realizar el cuidado. Algunos de los efectos que el cuidado canguro produce en los neonatos, son los siguientes:

- Un aumento significativo en el tiempo de sueño tranquilo.
- Los neonatos exhiben menos agitación, apnea y episodios de bradicardia.
- Además mantienen más estable su saturación de oxígeno.
- No se han encontrado diferencias significativas en los valores de la temperatura cutánea en los neonatos que están recibiendo el cuidado canguro, comparando con la de los neonatos que permanecen en incubadora. En promedio se mantiene entre 36,5°C y 36,7°C.

La recomendación de realizar el cuidado canguro en los neonatos que no están clínicamente estables es actualmente inasequible, debido a su escasa validación. De todas formas, su autora Ludington recomienda iniciar el cuidado canguro mientras el lactante recibe, por ejemplo ventilación pues este hecho reduce la separación y contribuye a mejorar el desarrollo.

INTERVENCIÓN DURANTE EL MÉTODO CANGURO.

- Discutir con los padres la reacción que experimentan por el nacimiento de su hijo prematuro.
- Determinar las imágenes que los padres tienen del neonato prematuro.
- Determinar y evaluar el nivel de confianza de los padres en el cuidado del niño.
- Alentar a los padres a iniciar el cuidado del niño.
- Exponer el cuidado canguro y su beneficio para los padres y el hijo.
- Determinar si el conocimiento de los padres sobre el estado fisiológico del infante es una guía para la participación en el cuidado canguro.
- Preparar un ambiente tranquilo y privado.
- Proporcionar a los padres una mecedora o silla reclinable.
- Los padres deben tener un vestido cómodo que permita abrirse por delante.
- Instruir a los padres sobre como colocar al neonato en la incubadora, en la cama con calor radiante y como manejar los equipos en forma apropiada.
- Colocar al infante dentro de su pañal, en posición vertical en relación al pecho del padre.
- Los padres deben colocar una manta sobre su ropa alrededor del neonato con el fin de mantener la posición del infante y la temperatura del bebe.
- Estimular en los padres la identificación del comportamiento del neonato.
- Instruir a los padres para que disminuyan la actividad cuando se presenten signos de sobrestimulación, estrés o excitación.
- Alentar a los padres para que permitan que el infante duerma durante el cuidado canguro.
- Fomentar en los padres el facilitar el cuidado canguro de 20 minutos o tres horas como tiempo de constancia básica.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- Evaluar el estado fisiológico del neonato: calor, temperatura, frecuencia cardíaca y apnea y no continuar con el cuidado canguro si el neonato presenta compromiso fisiológico o agitación.

Resultado esperado: La temperatura axilar del niño permanece dentro de los límites normales.

Enfermera: Reconocer tempranamente el riesgo de un RN de adquirir una infección.

INTERVENCIÓN

Identificar los factores de riesgo, las manifestaciones clínicas y la interpretación de los estudios hematológicos puede ayudar en la detección temprana de la infección neonatal.

IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE PREDISONENTES:

- **Prenatal:** desnutrición, abortos recurrentes, abuso de sustancias psicoactivas.
- **Intra parto:** prolongada ruptura de membranas, fiebre materna, corioamnionitis, prolongado trabajo de parto, parto prematuro, infección urinaria.
- **Neonatales:** prematuridad, pequeño para la edad gestacional o grande para edad gestacional, bajo apgar, problema quirúrgico en el RN, epidemias en la UCIN con *Escherichia coli* o estreptococos, procedimientos invasivos o resucitación.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Problemas con la termorregulación: inestabilidad en la T ° (usualmente hipotermia).
- Anormalidades respiratorias: apnea, retracciones, quejido espiratorio, cianosis, taquipnea.
- Piel: ictericia, rash, pústulas, palidez, petequias.
- Signos gastrointestinales: pobre alimentación y succión, distensión abdominal, diarrea, incremento de los residuos.
- Manifestaciones neurológicas: letargia o irritabilidad, hipotonía o hipertonía.
- Manifestaciones cardiovasculares: taquicardia, arritmias, hipotensión o hipertensión, disminución de la perfusión periférica.

EVALUACIÓN HEMATOLÓGICA.

- Recuento completo sanguíneo.
- Recuento de glóbulos blancos: la interpretación es difícil debido al extenso rango de lo normal en el neonato (9000 – 30000 / mm³).
- Leucocitosis: puede ser un hallazgo normal en el RN.
- Leucopenia: Generalmente es anormal en el RN.
- Neutropenia:

Menor de 1800 al nacimiento.

Menor de 7200 a las 12 horas de vida.

Menor de 3500 a las 48 horas de vida.

Aumento de formas inmaduras.

Mayor de 1100 al nacimiento.

Mayor de 1400 a las 12 horas.

Mayor de 800 a las 48 horas de vida.

Aumento de la relación de formas inmaduras / neutrófilos totales: 0,2

Resultados esperados: La infección es reconocida y reportada apropiadamente.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- Apical: Cuarto y quinto espacios intercostales, a la altura de la línea medio clavicular izquierda.
- Cubital: que se encuentra en el lado opuesto del radial en la muñeca.
- Tibial: en la cara interna del tobillo.
- Poplíteo: en la cara interna de la parte posterior de la rodilla.

TÉCNICAS BÁSICAS DE REANIMACION RESPIRATORIA

DEFINICIÓN:

Las técnicas de reanimación básica consisten en realizar una serie de acciones que simulan y compensan la ausencia de respiración y latido cardíaco espontáneos, de tal manera que ambas funciones vitales se mantienen artificialmente hasta que el cuerpo, por sus propios mecanismos, comienza de nuevo a respirar espontáneamente y el corazón a latir por sí solo.

PROCEDIMIENTOS:

- 1) Comprobar la respiración del accidentado valorando los movimientos del tórax, sintiendo el aliento y escuchando los ruidos respiratorios anormales.
- 2) Limpiar las vías aéreas con los dedos o con un pañuelo. Esto es necesario para asegurar que el siguiente paso, la insuflación de aire, resulta efectivo.
- 3) Doblar la cabeza de la víctima ligeramente hacia atrás para que las vías respiratorias superiores queden abiertas. Esto se consigue colocando el dedo pulgar bajo la nariz, la palma de la misma mano en la frente y empujando hacia atrás: los orificios de la nariz quedan así tapados mientras la traquea queda abierta. Empujar la mandíbula hacia delante (hacia arriba, estando echado) de forma que quede abierta la boca; así la lengua no cae hacia atrás y se mantiene abierta la traquea.
- 4) Empezar la respiración boca a boca. Apretando los labios del socorrista sobre la boca del paciente (o sobre mascarilla o el embudo bucal de Sabathié) se insufla el pulmón progresivamente cuatro veces antes de palpar el pulso del cuello.
- 5) Cuando la espiración ha concluido, empezar la siguiente insuflación.

LA REANIMACIÓN DEL NIÑO PEQUEÑO

- 1) Si el niño no respira, colóquelo suavemente la cabeza hacia atrás y apriétele la frente con la palma de la mano para abrir las vías respiratorias. Con los dedos de la otra mano levántele la barbilla.
- 2) Sitúe su boca sobre la boca y la nariz del niño e insufla suavemente dos respiraciones hasta que se infle su pecho.

Espire el aire por la nariz. Repita la operación al ritmo de una respiración cada 3 segundos, y observe cómo se deshincha.

PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA A USUARIOS PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

- Admisión del usuario
- Valoración general – apoyo emocional
- Control de signos vitales
- Vestir al paciente para quirófano (chaleco, gorro).
- Retirar y colocar los objetos de valor del usuario en un sobre y rotularlos, entregárselo previo consentimiento firmado por el paciente a la administración, y/o al jefe de servicio ó familiar si tuviere.
- Retirar prótesis dentario si es que tuviere.
- Valoración de la piel y preparación de la misma (rasurado, quitar el esmalte de las uñas, maquillaje).
- Controlar el ayuno del paciente
- Eliminación – Vejiga e Intestinos . Enema.
- Baño general del paciente.
- Verificar permeabilidad de las vías venosa y proceder a la administración de la medicación pre-operatorias.
- Registrar todas las actividades y observaciones realizadas al usuario.
- El usuario debe ir acompañado con su Historia Clínica a Cirugía.
-

CUIDADOS PRE – OPERATORIOS MEDIATOS

- El equipo de salud (médico y enfermera) explicará al usuario los aspectos de la intervención, de modo a vencer cualquier concepto erróneo que él o su familia puedan tener.
- La enfermera explicará al usuario, el plan de asistencia, en que puede ayudar a lograr su pronta recuperación , ej: movilizaciones, ejercicios respiratorios etc.
- Apoyo emocional y de enseñanza continua de tal manera a disminuir el temor del usuario.
- Medicación pre-operatoria (noche anterior) para que duerma el usuario.
- Acompañar para estudios radiográficos y análisis laboratoriales.
- Obtener la autorización escrita para la cirugía.

CUIDADOS PRE – OPERATORIOS INMEDIATOS

- Verificar el ayuno del usuario.
- Medir talla y peso del usuario.
- Colocar brazalete de identificación del usuario.
- Retirar y colocar en un sobre los objetos de valor, rotularlos c/ identificación del usuario y entregarlos al familiar, previo consentimiento del usuario o en la administración del Hospital o al Jefe de Servicio.
- Preparación de la piel del usuario, según indicación médica.
- Higiene completo (baño y lavado de cabeza).
- Retirar prótesis en general (dentadura postiza, ocular, miembros), y mantenerlo en forma adecuada.
- Controlar que el usuario no tenga maquillaje o las uñas pintadas.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- Vaciar la vejiga del usuario 5 a 15 minutos antes de la intervención, en caso que no tenga indicado sondaje vesical.
- Verificar la permeabilidad de la vía venosa.
- Se proveerá al usuario de un camión limpio del Hospital.
- La medicación pre-operatoria deberá ser realizado por lo menos 30 minutos antes de la intervención quirúrgica.
- Acompañar al usuario hasta la sala de operaciones.
- Realizar las anotaciones correspondientes sin omitir detalles importantes.

PREPARACIÓN DE LA SALA DE OPERACIONES
CONSIDERACIONES PRELIMINARES

Este procedimiento consiste en la distribución del mobiliario, equipo y apertura del embalaje de material en la sala de operaciones, de manera estandarizada para proporcionar condiciones de funcionalidad y asegurar la técnica aséptica durante el acto quirúrgico.

MATERIALES Y EQUIPO

- Carro de sala de Operaciones montado
- Verificar el funcionamiento del esfigmomanómetro
- Mesa de anestesia
- Caja de instrumental – Verificar esterilización y rotulación
- Mobiliario y equipo de sala
- Compresas de vientre, fenestradas, gasas.
- Antisépticos
- Controlar cantidad suficiente de ropas p/ quirófano (gorros, tapaboca)
- Corroborar el funcionamiento de las lámparas cialíticas.
- Ropas estériles del Quirófano.
- Corroborar el funcionamiento del aspirador
- Verificar la carga del desfibrilador.

ORIENTACIÓN

Preparación de la sala antes de la llegada del usuario.

MONTAJE DEL QUIRÓFANO

- Lavarse las manos (lavado clínico)
- Verifique la limpieza del quirófano, coloque el material en orden.
- Pruebe los aparatos eléctricos, puntos de gases, aspirador, lámpara de focos fija y portátil.
- Coloque la mesa de anestesia equipada a la cabecera de la mesa de operaciones.
- Retire del carro los paquetes de pinzas estériles y vidrio.
- Abra el paquete de frascos de vidrio.
- Coloque las pinzas en el frasco estéril.
-

PREPARACIÓN PARA INICIAR LA CIRUGÍA

- Lávese las manos (Lavado clínico)
- Cerciorarse que el usuario no tenga joyas – prótesis
- La enfermera de quirófano deberá comprobar el brazalete de identificación del usuario con la historia clínica, garantizando que se trate de la persona exacta.
- Aproxime al usuario a la mesa del asistente. Ayude en la antisepsia de la piel.
- Coloque la placa neutra de electrocirugía bajo el muslo izquierdo del usuario.
- Prevenga quemaduras verificando si la piel esta seca.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- Retire el material usado en la antisepsia de la piel.
- Ayude al equipo a vestirse.
- Aproxime la mesa de Mayo, del lado izquierdo, a los pies del usuario.
- Aproxime el aparato de electrocirugía junto a los pies del usuario.
- Conecte el polo negativo y positivo y conecte el aparato
- Conecte el foco de techo enfocando el campo quirúrgico
- Complete la mesa de instrumental con compresas y gasas.
- Cubra con ayuda de la pinza estéril el aparato de electrocirugía con un paño esterilizado.
- Conecte en caso de emergencia y deje las paletas del desfibrilador preparada.

VESTIMENTA PARA CIRUGÍA

CONSIDERACIONES PRELIMINARES

El atavío del Instrumentado para cirugía incluye el proceso de limpieza mecánica de las manos y antebrazos, vestir chaleco calzar guantes y con técnica aséptica para asegurar las condiciones de asepsia quirúrgica.

VESTIR EL CHALECO

- Lavado de manos.
- Tome con la punta de los dedos los pliegues del escote, levante el delantal y alejándolo de la mesa, ábralo con movimientos firmes y suaves.
- No toque la faz exterior del delantal.
- Tome la faz interior del hombro asegurando el delantal alejado del cuerpo, haga un ligero movimiento hacia arriba y meta los dos brazos al mismo tiempo en las mangas, con las manos en alto y los brazos extendidos.
- Gire de costado hacia el auxiliar del quirófano para que le ate las tiras del cuello.
- Separe las cintas de la cintura para que el auxiliar las tome sin tocar sus manos y las ate.
- Haga los mismos procedimientos con el barbijo

ASISTENCIA DURANTE EL ACTO QUIRÚRGICO

- Mantenga en observación continua al usuario; signos vitales, eliminaciones.
- Atienda rápidamente los pedidos del equipo durante el acto quirúrgico.
- Ayude a contar las compresas y gasas utilizadas en el campo quirúrgico.
- Ayude al anestesista a recoger materiales para examen e instalación de sangre o sueros, de ser necesario.

ANOTACIONES

- Relate por escrito lo ocurrido con el usuario en la sala de operaciones, posibilitando la elaboración del plan de cuidados al usuario en el post operatorio inmediato.
- Llene los puntos solicitados después de iniciada la cirugía y complete las anotaciones a su término.
- Haga las anotaciones precisas y claras.

ASISTENCIA AL TERMINO DE LA CIRUGÍA

- Ayude al médico en la ejecución de la higiene del campo quirúrgico y la protección con apósitos o gasas y cinta adhesiva.
- Visite al usuario y abríguelo de acuerdo con el clima y las condiciones físicas.
- Verifique la permeabilidad de sondas, drenajes y catéteres de solución parenteral.
- Espere autorización del anestesista para llevar al usuario a recuperación post-operatoria.

RECEPCIÓN DEL USUARIO DESPUÉS DE CIRUGIA

CONSIDERACIONES PRELIMINARES

Es la descripción secuencial de los hechos ocurridos en la Unidad de Recuperación Post-Operatoria, relacionados con la llegada del usuario operado, a fin de prevenir complicaciones post-operatorias.

COMPRENDE TRES ETAPAS:

- Preparación de la unidad
- Recepción inmediata
- Recepción mediata

MATERIALES Y EQUIPO:

- Cama de recuperación
- Equipo de oxigenoterapia
- Equipo de aspiración
- Monitor Cardíaco
- Carro de emergencia
- Caja de traqueotomía
- Cánula de intubación endotraqueal
- Caja de instrumentales para realización de vía central
- Esfigmomanómetro
- Estetoscopio
- Termómetro
- Soporte para frasco de drenaje, diuresis y presión venosa central.
- Equipo de suero
- Aparato de ventilación mecánica
- Sondas de aspiración
- Guantes esterilizados

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- Gasas
- Gel para electrodos
- Tela Adhesiva
- Vendas Cambrey
- Sueros
- Medicamentos
- Ropas de cama
- Carpeta del usuario
- Hoja de control de Enfermería

Procedimientos

- El usuario sometido a cirugía se presenta fisiológicamente inestable y necesita atención rápida y eficiente.
- Consulte la programación de cirugía y verifique la disponibilidad y funcionamiento de todo el material y equipo.

Preparación de la Unidad

- Verifique la limpieza de la unidad.
- Prepare la cama en la Unidad de Asistencia post anestésica ó verifique que en la unidad cuente con soporte de suero y todo el material y equipo necesario para la atención del usuario.

Recepción Inmediata

- Antes de la llegada del usuario, la enfermera debería recibir un informe del equipo quirúrgico para determinar el estado general del mismo y la necesidad de equipo y cuidados de enfermería especiales.
- Monitorización electrocardiográfica continúa.
- Valoración del estado respiratorio, circulatorio del usuario, coloración de la piel y estado de la herida operatoria (Controlar sangrado).
- Inmovilizar los miembros superiores del usuario utilizando vendas de gasas.
- Observe la expansión torácica, ritmo, frecuencia respiratoria y presencia de secreción pulmonar.
- Verifique la presión arterial.
- Controlar las funciones neurológicas del usuario (estado de conciencia, reacción a las ordenes, dolor, reflejos pupilares y de nauseas)
- Controle la frecuencia y ritmo cardiaco, presencia del extrasístoles.
- Verifique los pulsos periféricos de los miembros superiores y miembros inferiores.
- Aproxime los soportes, instale los frascos de suero y sangre.
- Verifique la permeabilidad de los catéteres y controle el goteo
- Conecte y regule el aparato de succión y aproxímelo a la cama
- Coloque el frasco de drenaje de tórax fijada al borde de la cama o en su soporte correspondiente.
- Abra la pinza del drenaje del frasco sellado bajo agua, si lo tuviere.
- Observe la oscilación de la columna líquida si el drenaje fuese del tórax.
- Coloque y fije la bolsa colectora de orina por el borde de la cama

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- Mida la presión venosa central (PVC) a través del equipo.
- Coloque al usuario en posición semi-sentado, si fuese cirugía de tórax
- Control de la función genito urinaria (buscar distensión vesical)
- Coloque un rótulo adhesivo en sentido vertical en todos los frascos de suero, sangre, drenaje de tórax.
- Mida la cantidad de cada líquido y registre en la hoja de enfermería.
- Compare los datos preoperatorios y post operatorio para determinar el estado del usuario.
- Controle el goteo de las soluciones administradas
- Haga las anotaciones correspondientes.

RECEPCIÓN MEDIATA

- Retire la restricción de los miembros superiores, luego de que el usuario recobre el conocimiento.
- Inicie la administración de medicamentos conforme a la prescripción médica y anote el líquido utilizado en las diluciones para que el balance hídrico sea correcto, practique controles seriados de pulso, respiración, temperatura, presión venosa central, diuresis cada 15' 30' y 60' hasta regularizar los parámetros.
- Controle el funcionamiento del respirador verificando el volumen corriente, volumen por minuto, presión y humedad. Relaciónelos con la gasometría.
- Verifique el resultado de los exámenes de laboratorio, correlaciónelos con las condiciones físicas presentadas por el usuario y la terapéutica empleada.
- Observe continuamente al usuario, el monitor, respirador, para detectar precozmente cualquier señal de complicación.
- Anote en la hoja de control todos los líquidos administrados y eliminados.

LIMPIEZA DE LA SALA DE OPERACIONES

CONSIDERACIONES PRELIMINARES:

Es la selección y remoción del material utilizado en el acto quirúrgico y limpieza de la sala de operaciones. Adóptese dos modalidades:

- a) Limpieza de la sala no contaminada
- b) Limpieza de la sala contaminada, o sea, con presencia de pus, heces o líquidos considerados contaminados, además de usuarios portadores de enfermedades infectocontagiosas.

MATERIALES Y EQUIPO:

- Mobiliarios y equipo de la sala
- Paños de limpieza
- solución de hipoclorito de sodio
- Carro de Sala de Operaciones.

PROCEDIMIENTO:

ETAPA I – LIMPIEZA DE SALA NO CONTAMINADA

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

Después que el usuario haya sido retirado de la sala de operaciones:

- Retire el frasco colector de secreción del aspirador y envíelo para su limpieza.
- Retire todo el instrumental quirúrgico, separe el cortantes y perforantes envolviéndolos en una compresa;
- Envíe todo el instrumental al área de pre esterilización;
- Separe la ropa que no fue utilizada y colóquela en el anaquel del medio del carro de la Sala de Operaciones;
- Coloque el material reutilizable en el último anaquel del carro;
- Descarte todo el material descartable usado en la bolsa de basura;
- Junte la ropa usada y separe las sucias de sangre, colocándolas en bolsas separadas;
- Identifique las bolsas;
- Transporte el carro de la sala de Operaciones al Centro de material Esterilizado a fin de que sea limpiado y preequipado;
- Transporte el carro de anestesia a la sala del servicio de anestesia para ser limpiado y re equipado;
- Retire la basura y la ropa sucia de la sala.
- Limpie el equipo y el mobiliario de la sala con agua e hipoclorito de sodio.
- Llame a la Asistente de limpieza para recoger las bolsas de limpieza y ropa sucia y proceder a la limpieza del piso.
-

ETAPA II – LIMPIEZA DE LA SALA CONTAMINADA

Después que el usuario haya retirado de la sala:

- Cierre la sala y póngase el delantal de aislamiento
- Retire el instrumental y colóquelo agua e hipoclorito de sodio
- Separe la ropa sucia de sangre y colóquela en bolsas separadas
- Coloque la basura en la bolsa de residuos y ciérrela
- Identifique las bolsas de ropa y residuos con la palabra “CONTAMINADO” en letras rojas.
- Limpie con agua e hipoclorito de sodio el carro de S.O. el carro de anestesia, el equipo y el mobiliario de la sala.
- Retire el material después de este período.
- Llame a la asistente de limpieza para recoger los residuos y la ropa sucia y proceder a la limpieza terminal de la sala.
-

CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN Y MATERIALES

Definición

El Servicio de Esterilización es una central abastecedora de material médico-quirúrgico, bajo cuya responsabilidad está la obtención, preparación, esterilización, manutención, almacenamiento, distribución y control de todos aquellos elementos que deben ser usados en la atención del usuario.

Objetivo

Proveer oportunamente, en la cantidad y calidad adecuada en forma continua, los elementos requeridos por los servicios para la realización de las actividades.

Organización

La Central de Esterilización y Materiales depende directamente del Departamento de Enfermería y está estructurada por áreas para coordinar la secuencia de sus actividades, a fin de evitar el entrecruzamiento del material sucio con el material y equipo limpio y esterilizado. Consta de:

- Recepción
- Clasificación
- Limpieza
- Preparación
- Paquetes
- Esterilización
- Almacenamiento
- Distribución
- Requisición y control
-

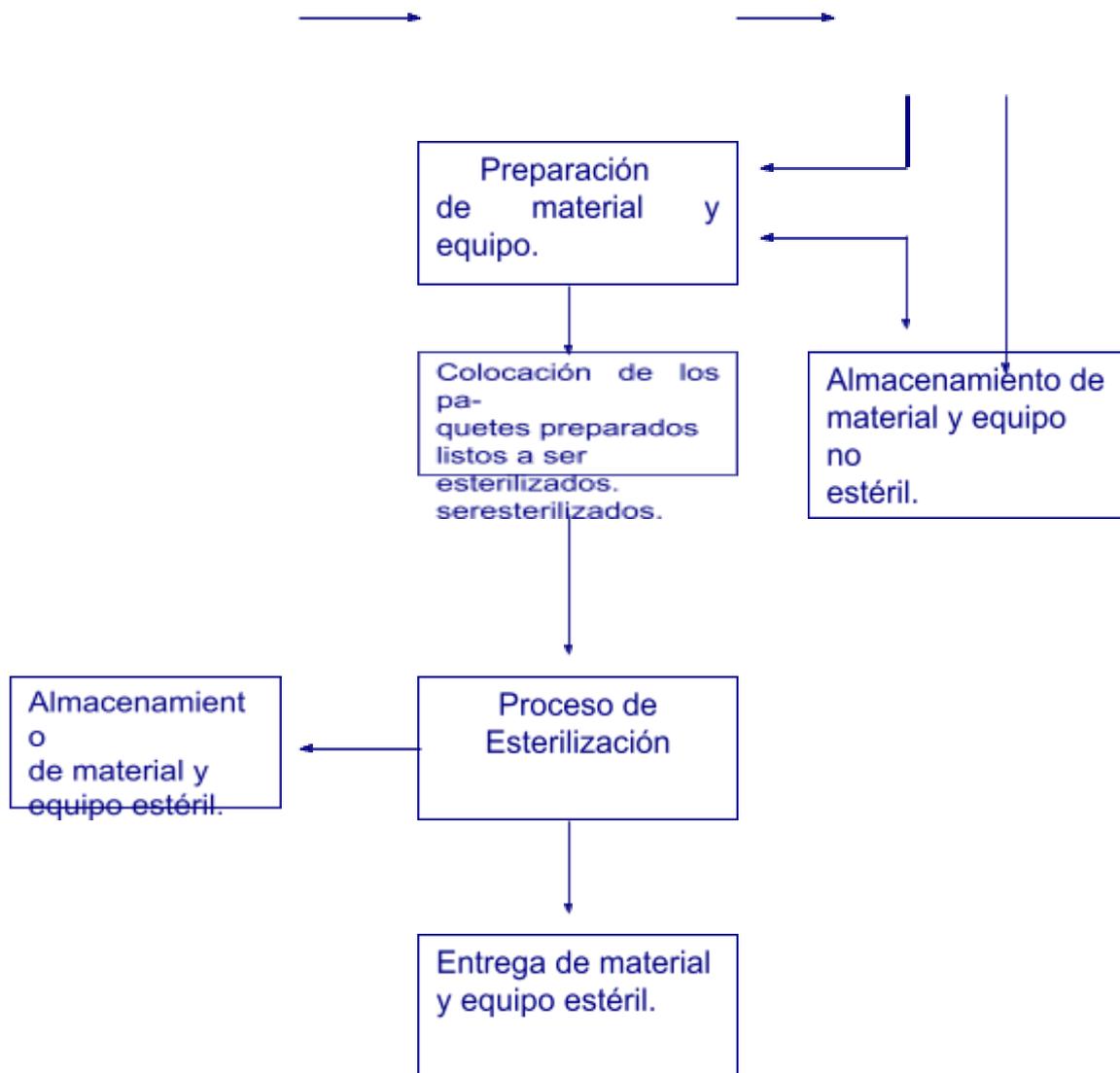
FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE ESTERILIZACIÓN

Recepción de material y equipo sucio.

Clasificación de material y equipo.

Limpieza de material y equipo.

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA**



ÁREAS DE ACTIVIDADES:

Recepción: Recibir, revisar e inspeccionar el material y equipo. Registrar de acuerdo al formato del formulario los materiales y Equipos recibidos, la fecha, hora, integridad de los artículos, Cantidad, servicio de donde proceden, firma de la persona que Recibe.

Distribuir el material y equipo de acuerdo a las áreas de trabajo. Se establecerán los horarios de recepción de materiales y

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

Equipos para los diversos servicios y unidades.

CLASIFICACIÓN	<ul style="list-style-type: none">.Separar el material de vidrio, metálico, instrumentos cortopunzantes, guantes, sondas, ropas, etc..Separar equipo contaminado para manejo especial.
LIMPIEZA	<ul style="list-style-type: none">El instrumental contaminado será lavado en el lugar destinado para este fin , y se usará jabón, cepillo y agua fría corriente, con técnicas..Las pinzas se abrirán para eliminar residuos..Los materiales de caucho (sondas, cánula, catéteres, etc.), luego de lavarlos y secarlos, hacerles pasar por su interior aire a presión.
PREPARACIÓN:	<ul style="list-style-type: none">En el área de preparación se cortará la gasa para apósitos, Gasitas, vendas, gasas furasinadas, vaselinadas, drenes, torundas, mechas, equipos de curaciones, caja de instrumental paquete de ropas..Al preparar gasas, vendas, apósitos, tapones, estos no deben tener hilos sueltos..Para secar el instrumental se usará tela absorbente.
PAQUETE:	<ul style="list-style-type: none">.Colocar el material y equipo en forma holgada para que el vapor circule libremente alrededor de cada artículo..Todo paquete para ser esterilizado será rotulado con nombre del material o equipo, fecha e iniciales de la persona que preparó; las cintas testigos de esterilización se pondrán dentro y fuera del paquete.
ESTERILIZACIÓN.	<ul style="list-style-type: none">.Colocar el material y equipo en el medio físico o químico que corresponda de acuerdo al tipo de material según guía..Controlar el funcionamiento del equipo de esterilización (temperatura, tiempo y presión)..Mantener limpio y en condiciones el equipo de esterilización..Vigilar las condiciones del ambiente para prevenir accidentes
ALMACENAMIENTO	<ul style="list-style-type: none">Se almacenarán los equipos y materiales según áreas de organización de la Central (estéril y no estéril limpio y reservas.Se colocará la fecha de la esterilización y la fecha de vencimiento de la misma.Todo material y equipo estéril se considerará contaminado cuando se duda de su esterilización o no se encuentra en el lugar apropiado y la fecha de esterilización sea mayor de 10 días.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

ENTREGA	<ul style="list-style-type: none">.Se entregará el material y equipo estéril a los servicios Correspondientes, registrando el movimiento según guía..Se establecerán los horarios de entrega de los materiales y equipos para los diversos servicios y unidades.
REQUISICIÓN	<ul style="list-style-type: none">La previsión de material se establecerá tomando como Patrón el promedio de consumo en los tres últimos meses, Y en coordinación con los servicios.Los aparatos y equipamientos técnicos deberán estar permanentemente en condiciones de ser usados.La jefe proveerá a través de los órganos correspondientes, la revisión periódica de los equipos para mantener su funcionamiento adecuado.El personal de la Central podrá supervisar el uso y utilización de los equipos y materiales estéril y no estéril en los servicios.
CONTROL	

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN Y MATERIALES
CONTROL DE RECEPCIÓN Y ENTREGA DE MATERIAL Y EQUIPO

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE EQUIPOS Y MATERIALES.	CANTIDAD	INTEGRIDAD			SERVICIO DE PROCED.	NOMBRE Y APELLIDO DEL QUE RECIBE.	NOMBRE Y APELLIDO DEL QUE TRAE.	FECHA	DESCR. DEL TIPO DE EQUIPOS Y MATERIALES	CANTIDAD	SERVICIO DESTINAT.	NOMBRE Y APELLIDO DEL QUE ENTREGUE	NOMBRE Y APELLIDO DEL QUE RECIBE.
			BUENO	ROTADO	BUEN ESTADO									

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

COMO PREPARAR EL PAQUETE DE ROPA PARA CIRUGÍA MAYOR

EQUIPO:

- . Envoltura de doble tela (una)
 - . Funda mayo (una)
 - . Compresas de vientre (cuatro)
 - . Compresas de campo de un metro cuadrado (dos)
 - . Compresa de campo de mesa doble (una)
 - . Chalecos (tres)
 - . Toallas (tres)
 - . Tubo testigo
-
- Extienda sobre la mesa la envoltura de doble tela, revisando que no este rota, descosida, ni húmeda.
 - Coloque la ropa en el orden arriba mencionado, previamente doblada.
 - Coloque el tubo testigo introduciendo éste en el centro del paquete y dejando hacia fuera el hilo.
 - Cierre el paquete, tome una punta del envoltorio y doble hacia el centro del mismo, haciendo un nuevo dobléz, quedando la punta hacia fuera.
 - Repita igual con los otros extremos del envoltorio.
 - Rotule el paquete con la cinta testigo, indicando el nombre del paquete, la fecha de esterilización y las iniciales de la persona que hizo el paquete, para reconocer el tiempo que durará la esterilización, y para responsabilizar a la persona que preparó dicho paquete.
 - Una vez esterilizado el paquete, guarde en la vitrina destinada para equipo estéril.
 - Es importante esterilizar en paquetes sueltos cada una de las piezas de ropas arriba indicadas para sustituirlas en caso de contaminación al momento del acto quirúrgico.

COMO DOBLAR LA ROPA

PASOS A SEGUIR:

Revise pieza por pieza que esté limpia, seca, sin rotura, sin residuo de yeso, sangre, secreciones, pelo u otros cuerpos extraños.

- Revise que los chalecos, pijamas quirúrgicos, tengan completas las tiras y paños.
- Doble la ropa y clasifique por piezas.

CHALECO:

- Tome el chaleco dejando el revés frente a la persona que va a doblar.
- Introduzca las manos debajo de los hombros e iguale las costuras, la parte izquierda coloque sobre la derecha.
- Iguálelo y extiéndalo sobre la mesa. Las mangas y tiras deberán quedar para dentro.
- Dóblela por la mitad a lo largo. Luego doble en forma de acordeón dejando visible el cuello del chaleco.

COMPRESAS:

DE VIENTRE:

- Doble en acordeón a lo largo de la compresa dejando el filo hacia arriba.
- Doble los extremos en acordeón (tres dobleces).
- Vire la esquina del lado que quedan los extremos hacia fuera.

DE CAMPO:

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

- Doble en acordeón a lo largo del campo, hasta la mitad de esta, dejando el filo hacia arriba.
- Haga lo mismo con la otra mitad del campo.
- Doble los extremos hacia el centro (dos dobleces) cuidando que el dobladillo del campo quede hacia adentro.
- Finalmente doble estas dos partes observando que no salga afuera ningún filo.

PREPARACIÓN DE MATERIALES:

DE VIDRIO:

- Lave con agua y jabón .
- Utilice un cepillo de cerdas con mango largo para la limpieza interna del material de vidrio.
- Enjuague con abundante agua, ponga en posición vertical.
- Esterilice a 130° C por una hora. Se puede usar calor seco (estufa).

MANEJO DE PAQUETES ESTÉRILES:

OBJETIVO:

Proveer material y equipo completamente estéril para un procedimiento quirúrgico.

PROCEDIMIENTO:

- Asegúrese que la superficie de la mesa o área donde va a ser abierto un paquete estéril este completamente limpio y seco.
- Lea la fecha de esterilización, nombre del paquete y la lista de lo que contiene.
- Abra el paquete comenzando por la esquina expuesta al exterior, continúe abriendo los otros extremos del envoltorio.
- Evite pasar la mano o el brazo sobre el material estéril.
- En caso de guantes, sacar la guantera del porta guantes con una pinza de manejo (estéril).
-

V. ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA RELACIONADAS CON LA NUTRICIÓN DEL PACIENTE Y TRATAMIENTOS EN EL TRACTO GASTROINTESTINAL.

NUTRICIÓN

El organismo necesita alimentos que proporcionen energía para el funcionamiento de los órganos, los movimientos corporales y las actividades de la vida diaria, para mantener la temperatura corporal y proporcionar materias primas que permitan cubrir las encimas, las funciones del crecimiento, la sustitución de los tejidos corporales y la reparación de los tejidos.

METABOLISMO: constituye el conjunto de reacciones bioquímicas que tienen lugar en el organismo. Los alimentos deben sufrir los procesos de ingestión, digestión y absorción para producir la energía necesaria a fin de que estas reacciones puedan tener lugar.

Las necesidades energéticas de las personas son variables y en ella influyen diversos factores como el índice metabólico basal (necesidad energética de una persona despierta en reposo), edad, las dimensiones y la temperatura corporal, la actividad, temperatura ambiente, el crecimiento, el sexo, los estados nutricionales y emocionales, a ingesta de alimentos.

El balance energético se produce cuando las necesidades energéticas cubren completamente la ingesta acalórica de los alimentos y las personas mantienen su nivel de actividad sin que varíe su peso. En cambio, cuando el número de calorías ingeridas supera las necesidades energéticas, la persona gana peso. Por otro lado, cuando el número de calorías ingeridas no llega a cubrir las necesidades energéticas, se produce la pérdida de peso.

NUTRIENTES: se encuentran en los alimentos y contienen los elementos necesarios para el funcionamiento del organismo. Los seis grupos de nutrientes son: agua, hidratos de carbono, proteínas, vitaminas y minerales.

ATENCIÓN AL PACIENTE DURANTE LA ALIMENTACIÓN

Definición:

Son los cuidados que se prestan al paciente al administrar alimentos o medicamentos por vía natural o artificial.

Principios Científicos:

- La ira, el temor, la ansiedad y el dolor, inhiben la secreción gástrica e interfieren el proceso de la digestión.
- Los malos olores y el aspecto desagradable de las comidas inhiben el apetito.
- La satisfacción de las necesidades psicológicas individuales, incluyen en la buena nutrición.
- En la regulación de la ingestión de los alimentos, intervienen en gran parte factores emocionales conscientes e inconscientes.
- Los modales usados por las personas al ingerir los alimentos, interfieren las relaciones interpersonales, si ellos difieren entre sí.
- La ingestión de alimento además de aliviar el hambre satisface el instinto de placer.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

Atención durante la alimentación por vía oral

Definición:

Son los cuidados que se dan al paciente durante la ingestión de alimentos por vía natural.

Principios Científicos

Objetivos:

- Proporcionar los elementos nutritivos necesarios para mantener o recuperar la salud y prevenir enfermedades.
- Enseñar buenos hábitos alimentarios.

Precauciones:

- Proporcionar ambiente adecuado.
- Vigilar que la dieta sea la ordenada.
- Dar los alimentos si el paciente está imposibilitado.
- Retirar los alimentos que fastidien al paciente.
- Satisfacer los gustos personales según hábitos nutricionales y costumbres religiosas sin que se altere el régimen ordenado.
- Colocar la bandeja y demás utensilios a su alcance.
- Llevarlo al comedor del pabellón para que tenga un ambiente social, si no hay contraindicaciones.
- Hacer que los alimentos sean servidos a la temperatura correspondiente.
- Dar buena presentación a los platos para que se estimule el apetito.
- No insistir si el paciente no quiere comer más.

Equipo:

- Mesita
- Bandeja con los alimentos ordenados.
- Juego de cubiertos.
- Servilleta.

Procedimiento:

- Airee el cuarto antes de servir los alimentos.
- Pase lo necesario para el lavado de las manos y arreglo personal del paciente.
- Coloque al paciente cómodamente y acerque la mesita.
- Presente la bandeja con la dieta
- Empiece por el alimento que el paciente prefiera. Ayúdelo a partir los sólidos.
- Permítale descanso a intervalos.
- Haga uso de la servilleta cada vez que sea necesario.
- Termine cuando él desee y retire la bandeja.
-

Cuidados con el Equipo y Anotaciones en el Registro Clínico

Remitir la bandeja al Departamento de dietas.

Anotar:

- I. Apetito.
- II. Cantidad de alimentos ingeridos.
- III. Gustos especiales

IV. Reacciones.

Alimentación por Gastrostomía.

Definición:

Es el cuidado que se da al paciente cuando los alimentos se administran por una sonda introducida al estómago a través de la pared abdominal.

Precauciones:

- Verificar que la sonda esté permeable.
- Licuar y colar los alimentos.
- Evitar la obstrucción o salida del tubo.
- Aplicar lubricante antiácido alrededor del orificio para evitar laceraciones de la piel.
- Enseñar los cuidados y manejos por sí mismo si la gastronomía es permanente.
- Administrar alimentos según la frecuencia, cantidad y calidad ordenada.
- Llevar al paciente el alimento bien presentado y a una temperatura adecuada.
- Administrar 500 ml. Como máximo en una sola toma.
- Dejar al paciente en posición intermedia de Fowler, después de administrar los alimentos.
- Evitar la entrada de aire al estómago.

Equipo

Bandeja con:

- Un recipiente graduado
- Jeringa sin émbolo de 50 ó 60 cc.
- Toallita
- solución o dieta ordenada a temperatura de 37°C.
- Riñonera.
- Vaso ó recipiente con agua.

Procedimiento:

- a. Mida el alimento en el recipiente graduado.
- b. Coloque al paciente en posición semisentado.
- c. Conecte a la sonda ó la jeringa.
- d. Pase el agua por el tubo para asegurarse que está permeable.
- e. Vierta el alimento lentamente por la jeringa.
- f. Cierre el tubo y espere un momento, para evitar que el alimento sea regurgitado.
- g. Haga pasar 20 ml. De agua tibia para limpiar el tubo de las gastrostomía.
- h. Cierre el tubo.
- i. Instruya al paciente para que guarde quietud y descanso después de pasar el alimento.
- j. Haga limpieza de la gastrostomía cuantas veces sea necesario durante el día.

Nota: Si la alimentación del paciente se ordena por goteo continuo, el equipo debe ser cambiado por:

Equipo para gastroclisis desechable, o en su defecto:

- Frasco graduado con el alimento.
- Equipo de venoclisis.
- Llave de paso.
- Atril.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

Se hace conexión del tubo de la gastrostomía con el frasco y se gradúa la entrada del alimento a un número determinado de gotas por minuto, más o menos sesenta gotas, o si se dispone por bomba infusora.

Cuidado con el Equipo y Anotaciones en el Registro Clínico:

Anotar:

1. Cantidad y clase de sustancia introducida, en la hoja de Enfermería y en la hoja de Control de líquido.
2. Tolerancia y reacciones especiales.
3. Condiciones de la herida.

ALIMENTACIÓN POR SONDA NASOGÁSTRICA

Definición:

Es la atención que se da al paciente cuando se administran alimentos por una sonda que se introduce por la boca o la nariz y que llega al estómago a través del esófago.

Principios Científicos:

Objetivo:

Administrar elementos nutritivos básicos al paciente que está imposibilitado para recibir los alimentos por la boca o que se niega a tragar.

Precauciones:

- Asegurarse que el tubo está permeable.
- Verificar que la sonda se halla en el estómago.
- Llevar el alimento al paciente bien presentado y a temperatura adecuada.
- Dar enseñanza al paciente o a un familiar sobre:
 - Procedimiento
 - Cuidados con el equipo.
 - Preparación de alimentos que satisfagan las necesidades nutricionales
- Pasar agua tibia por la sonda después de dar los alimentos
- Administrar 500 ml. Como máximo en una sola toma.
- Evitar entrada de aire al estómago.

Equipo:

Bandeja con:

- Recipiente con alimento y cantidad ordenada.
- Jeringa de 50 cc ó 60 cc, sin émbolo.
- Pinza o llave de paso.
- Toallitas.
- Riñonera.
- Vaso o recipiente con agua.

Procedimiento:

1. Coloque al paciente en Semifowler.
2. Conecte a la sonda el embudo o la jeringa.
3. Pase agua por el tubo para asegurarse que la sonda está permeable.
4. Vierta el alimento en la jeringa o embudo antes de que termine de pasar el contenido y deje que avance lentamente hasta terminar la cantidad ordenada.
5. Pase nuevamente agua para impedir que la sonda se tape.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

6. Cierre y limpie el exterior de la sonda.
7. Fije la sonda de modo que no incomode al paciente.

Nota: Si la alimentación del paciente se ordena por goteo continuo, observe la nota del Procedimiento de Alimentación por Gastrostomía.

Cuidado con el Equipo y Anotaciones en el Registro Clínico:

Anotar:

- a) Cantidad y clase de sustancia introducida, en la hoja de Enfermería y en la hoja de Control de Líquidos.
- b) Tolerancia y reacciones especiales.