



**Hospital Nacional de la Mujer
"Dra. Maria Isabel Rodriguez"
Departamento de enfermería**

Manual de Procedimientos de Enfermería 2016



San Salvador, Octubre 2016

Responsables de Revisión y Autoría: Comité de Revisión de Procedimientos :

- ❖ Licda . Ana del Carmen Sandoval C.
- ❖ Licda. Maribal del Carmen Zepeda
- ❖ Licda. Gilma Gracia Arévalo
- ❖ Licda. Enma de Jesús Rosales
- ❖ Licda. Sandra Cardoza
- ❖ Enf. Lorena Elizabeth Gonzáles
- ❖ Enf. Angela Hortencia Monrroy Siguenza
- ❖ Enf. Deysi Yaneth Peñate
- ❖ Tecnico Yesenia del Carmen Barrera
- ❖ Enfermera supervisora
- ❖ Enfermera supervisora
- ❖ Enfermera supervisora
- ❖ Enfermera Jefe de unidad
- ❖ Enfermera Jefe de unidad
- ❖ Enfermera Jefe de unidad
- ❖ Enfermera Hospitalaria
- ❖ Enfermera Hospitalari
- ❖ Enfermera Hospitalaria



Asesoría : Lic. Rosa María Ayala de Reyes
Jefe del Departamento de Enfermería

❖ Lic. Vilma Cruz Paz Garcia
Sub- Jefe del Dpto. de Enfermería.



**Consultoría**

❖ Lic. Rosa María Ayala de Reyes
Jefe del Departamento de Enfermería

❖ Lic. Vilma Cruz Paz García
Sub- Jefe del Dpto. de Enfermería

**Validación**

❖ Jefes de Unidad

Justificación

El Departamento de Enfermería cuenta con un Manual de Procedimientos sirve de guía al personal que lo conforma, con el fin de estandarizar y legalizar su accionar hacia el paciente, de forma que se establezcan sistemáticamente las condiciones ideales que aseguren el cumplimiento de principios científicos y técnicas correctas durante la realización de actividades de Enfermería, reduciendo significativamente los riesgos potenciales a que se encuentran expuestos nuestros usuarios y personal, asegurando con ello la calidad del servicio profesional que se brinda.

Conciente de la Misión de garantizar la seguridad en los Servicios de Enfermería con eficacia, eficiencia, calidad y calidez, en el cumplimiento de tratamientos generales y específicos, que contribuyen a la pronta recuperación de los/as usuarias que ingresan a las diferentes Unidades del Hospital.

Actualiza el presente **MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA**, como guía valiosa para el desempeño profesional.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El Hospital Nacional de Maternidad ante la necesidad de contar con instrumentos que guíen el quehacer de Enfermería; se conformó el Comité a nivel Nacional del Departamento de Enfermería , el cual estructuró las primeras guías de técnicas y procedimientos plasmados en un documento; con un total de 68 Técnicas e l cual está aún vigente las cuales se han actualizado y se describen en el presente Manual.

OBJETIVOS

General

Disponer de herramientas administrativas actualizadas, como un medio de consulta que garanticen la calidad de atención en salud de las/los usuarios del Hospital Nacional Especializado de la Mujer

Específicos

Facilitar técnicas de procedimientos actualizados y estandarizados.

Aplicación de principios científicos en la realización de técnicas y procedimientos de Enfermería.

Fortalecer los conocimientos del personal nuevo o de cambio en las diferentes áreas de atención de Enfermería.

Disponer de guías de evaluación de procedimientos que realiza el personal de Enfermería.

**Hospital Nacional de Maternidad
Dr. Raúl Arguello Escolán
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
MANUAL DE TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS**

	• PAGINA
• INDICE	
• PRESENTACIÓN.....	4
• INTRODUCCIÓN.....	5
• OBJETIVOS.....	5
• CAPITULO I: VALORACIÓN DE LA SALUD	
1. CONSTANTES VITALES	
• Valoración de la Temperatura.....	10
Generalidades.....	10
• Técnica de Medición de la Temperatura Axilar con Termómetro de Mercurio al adulto.....	10
• Técnica de Medición de la Temperatura Axilar con Termómetro de Mercurio al Niño.....	12
• Medición de la Temperatura Corporal con Termómetro Infrarrojo (auricular).....	12
• Técnica de Medición de la Temperatura Axilar con Termómetro Digital.....	12
• Valoración del Pulso.....	13
• Generalidades.....	13
• Técnica de Medición del Pulso.....	13
• Valoración de la Respiración.....	14
• Generalidades.....	14
• Técnica de Medición de la Respiración.....	14
• Valoración de la Presión Arterial.....	15
• Generalidades.....	15
• Técnica de Medición de la Tensión Arterial.....	15
2. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS	
• Técnica de Medición del Peso en el Adulto.....	16
• Técnica de Medición del Peso en el Niño.....	17
• Técnica de Medición del Peso en el Recién Nacido.....	18
• Técnica de Medición de la Talla en el Adulto.....	18
• Técnica de Medición de la Talla en el Niño.....	18
• Técnica de Medición de la Talla en el Recién Nacido.....	18
• CAPITULO II: CONTROL Y PREVENCIÓN DE INFECCIONES	
1. METODOS DE ESTERILIZACIÓN Y DESINFECCIÓN	
• Generalidades.....	19
• Limpieza de Material Contaminado.....	
• Técnica para la Preparación de Material para Esterilizar.....	
• Técnica de Esterilización de Material con Calor Húmedo (autoclave).....	
• Procedimiento de Desinfección de Material con Agentes Químicos.....	

2.	MANEJO DE DESECHOS SÓLIDOS	
•	Generalidades.....	20- 27
•	Segregación de los Desechos Hospitalarios.....	27
3.	PROCEDIMIENTO DE CURACIÓN	
•	Generalidades.....	28
•	Técnica del Lavado de Manos.....	28 -30
•	Técnica del Manejo de la Pinza de Transferencia.....	33
•	Manejo de Material Estéril.....	33
•	Técnica de Curación.....	33
•	Técnica de Retiro de Puntos.....	33
•	CAPITULO III: ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	
1.	GENERALIDADES	
•	Como Actúan los .Fármacos.....	45
•	Efecto de los Medicamentos en el Organismo.....	45
•	Seguridad en la Administración de los Medicamentos.....	46
•	Vías de Administración de los Medicamentos.....	46
2.	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ORAL	
•	Generalidades.....	45
•	Administración de Medicamentos por Vía Sublingual.....	45
•	Administración de Medicamentos por Vía Bucal.....	
•	Administración de Medicamentos por Vía Oral.....	47
3.	ADMINISTRACIÓN TÓPICA DE MEDICAMENTOS	
•	Generalidades.....	47
•	Técnica de Administración de Medicamentos por Vía Dermatológica (cutáneas).....	48
•	Técnica de Administración de Medicamentos Oftálmicos por Irrigación.....	48
•	Técnica de Administración de Medicamentos Oftálmicos por Instilación.....	
4.	ADMINISTRACIÓN PARENTERAL DE MEDICAMENTOS	
•	Generalidades.....	52
•	Administración de Medicamentos por Vía Subcutánea.....	52
•	Administración de Medicamentos por Vía Intradérmica.....	54
•	Administración de Medicamentos por Vía Intramuscular.....	55
•	Administración de Soluciones por Vía Intravenosa.....	58
•	CAPITULO IV: LA PREVENCIÓN A TRAVÉS DE LAS VACUNAS	
1.	Generalidades sobre vacunas.....	62
2.	Técnica de administración de vacuna BCG.....	63
3.	Técnica de administración de prueba de tuberculina.....	64
4.	Técnica de administración de vacuna antirrábica.....	65-67
5.	Técnica de administración de vacuna contra sarampión, rubéola y parotiditis (mmr).....	69
6.	Técnica de administración de vacuna contra la poliomielitis (opv).....	67
7.	Técnica de Administración de Vacuna contra Hepatitis	
•	CAPITULO V: PROMOCIÓN DE LA SALUD	
1.	GENERALIDADES.....	74
2.	TÉCNICAS MÁS UTILIZADAS PARA LA EDUCACIÓN EN SALUD	
•	Charla o Técnica Expositiva.....	74
•	Consejería.....	75
•	Demostración.....	76- 77
•	Visita Domiciliar.....	78-79

3. MATERIAL AUDIOVISUAL MÁS UTILIZADO PARA LA EDUCACIÓN EN SALUD

•	Generalidades.....	81
•	El Rotafolio.....	81
•	Tríptico (panfletos).....	82
•	CAPITULO VI PROCEDIMIENTOS INVASIVOS	
•	Técnica de extracción de muestra de sangre en el adulto.....	95
•	Técnica de extracción de sangre en el recién nacido.....	96
•	técnica de venoclisis en el recién nacido.....	97
•	técnica de extracción de mecha, compresa o tampón de canal vaginal.....	98
•	Técnica de aspiración de secreciones traqueo bronquial en pacientes intubados.....	83
•	Técnica de enema evacuante.....	100
•	Técnica de irrigación vaginal.....	101
•	Técnica de lavado gástrico del recién nacido	
•	Técnica de gavage.....	102
•	Instrucciones para el manejo del aparato de crioterapia.....	
•	Cono loop.....	
•	Inseminación artificial.....	
•	Aplicación de sonda nasogástrica.....	104
•	Aplicación de toques de podofolina.....	104
•	Cateterismo Vesical.....	
•	CAPITULO VII . PROCEDIMIENTOS DE BIENESTAR	
•	Baño de limpieza en cama.....	
•	Arreglo de cama con paciente.....	
•	técnica aseo vulvar.....	
•	técnica de cateterismo vesical.....	105
•	Técnica de aplicación de calor húmedo (compresas tibias).....	110
•	Aplicación de bolsa con agua caliente.....	112
•	Técnica de aplicación de bolsa con hielo.....	112
•	Baño de limpieza del recién nacido.....	113
•	Limpieza parcial del recién nacido en cuna.....	115
•	Baño en tina del recién nacido (después de caído el ombligo).....	116
•	Limpieza parcial del recién nacido de alto riesgo en incubadora.....	116
•	Limpieza parcial del recién nacido en Incubadora.....	117
•	Cuidados inmediatos de enfermería del recién nacido.....	118
•	Cuidados de enfermería al paciente moribundo.....	118
•	Tratamiento de pediculosis.....	119
•	CAPITULO VIII. TECNICAS QUIRÚRGICAS	
•	Preparación de Región Operatoria.....	122
•	Antisepsia Prequirúrgica.....	132
•	Técnicas en la elaboración de material quirúrgico:	
•	• Torunda de gasa.....	
•	• Torundas de algodón.....	
•	• curación abdominal.....	
•	• Hisopos.....	
•	• Curación umbilical.....	
•	• Mecha vaginal.....	
•	• Tapón vaginal.....	
•	• Preparación de equipos.....	
•	• Ordenamiento de ropa según cirugía.....	
•	• Preparación de guantes.....	
•	• Elaboración de paquetes de ropa.....	
•	• Preparación de la Región Operatoria.....	
•	• Medidas que se aplican en el quirófano para eliminar suciedades de paredes, pisos equipo y mobiliario.....	132
•	• Preparación de equipos quirúrgicos (cajas quirúrgicas).....	

- Ordenamiento de Paquetes de Ropa quirúrgica según Cirugía.....
- Desinfección parcial de Quirófanos..... 133
- Desinfección Terminal de Quirófanos.....
- **CAPITULO IX . MEDICION DE INGESTA Y EXCRETA DE LÍQUIDOS ORGÁNICOS.**
- Medición de orina residual.....136
- Recolección de muestra limpia de orina.....
- Registro de Balance Hídrico (Pend).....
- **CAPITULO X . PREPARACION DE PACIENTES PARA EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS.....139**
- ESPECIALES.....**
- **ANEXOS.....**
- **BIBLIOGRAFÍA.....**
- **RESPONSABLES.....**

2.3.2 CAPITULO I

2.3.3 VALORACIÓN DE LA SALUD

Técnica de la Medición de la Temperatura Axilar con Termómetro de Mercurio al Adulto.

Definición:

Es la medición de la temperatura corporal mediante un termómetro de mercurio colocado en el centro de la axila por cinco minutos.

1.1.2.0 Objetivo:

- Determinar si el valor de la temperatura central se encuentra en límites normales.
- Controlar a los usuarios con alto riesgo de alteración de la temperatura corporal.

1.1.2.1. Equipo:

Una bandeja conteniendo

1. un recipiente con termómetros orales,
2. papel higiénico,
3. lápiz bicolor,
4. bolígrafo,
5. reloj,
6. expediente clínico (hoja de signos vitales),
7. recipiente con agua jabonosa,
8. depósito para desechos.

1.1.1

Pasos

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTOS / PUNTOS IMPORTANTES
- Lavarse las manos	- Previene la transmisión de infecciones Nosocomiales.
- Preparar el equipo.	- Asegura la condición y limpieza del equipo antes de ser utilizado.
- Saludar e identificar al usuario.	- Brinda confianza y seguridad al realizar el procedimiento
- Orientar al usuario,	- Asegura su participación y enseñanza facilitando el desarrollo del procedimiento, cerciórese que no estén presentes factores que alteren la medición de la temperatura.
Proporcionar papel higiénico al usuario para que se seque su axila orientándolo que lo descarte en recipiente de desechos.	- Evitar que la humedad del sudor altere el dato de la temperatura.
- Tome el termómetro y observe si la línea del mercurio se encuentre en un nivel menor de 35°C.	-Asegure la correcta medición de la temperatura.
- Coloque el bulbo del termómetro en el centro de la axila, flexionando el antebrazo sobre el tórax.	- Esta posición favorece el contacto del bulbo con la piel y reduce la exposición a las corrientes de aire que enfrían el termómetro.
- Deje el termómetro durante cinco minutos en la axila.	- Asegura el dato en la medición de la temperatura.
- Retire el termómetro y límpielo en forma rotativa de la parte distal hacia el bulbo para eliminar el sudor del cliente.	-Limpiar de lo menos sucio hacia el bulbo.
- Lea el termómetro sosteniéndolo a la altura de los ojos.	- El vidrio sirve como lente de aumento para ver el fino conducto por donde se moviliza el mercurio.
- Coloque el termómetro en la vasija arriñonada	- Para su limpieza inicial.

con solución jabonosa.	
- Registre la temperatura anotando en la cuadrícula de signos vitales. .	- Proporcionar datos que contribuyan a la valoración física del usuario.
- Orientar al usuario Sobre: a- Resultado de medición b- Pasos que debe realizar para recibir atención médica. c- Como colocarse los medios físicos (si los necesitara)	- Brindar atención de calidad y obtener mayor colaboración del usuario.
- Lavarse las manos para atender otro usuario.	- Previene la transmisión de infecciones Nosocomiales.
- Cuando tenga un número considerado de termómetro (5-10), realice la desinfección.	- La aplicación correcta de la técnica de asepsia y antisepsia previene las infecciones Nosocomiales.
- Retirar los termómetros del agua jabonosa y lávelos con agua limpia.	
- Séquelos con un paño limpio	
- Colóquelos en solución desinfectante.	- El tiempo de permanencia de los termómetros en la solución será adecuado a la norma institucional o a las indicaciones de uso de la solución.
- Retire los termómetros de la solución. - Séquelos nuevamente.	
- Bajé la escala de mercurio.	Mantener la escala de mercurio abajo del nivel normal de la temperatura, asegura la siguiente medición.
- Déjelos preparados para su próxima utilización.	- Dejar el equipo completo y ordenado evita contratiempos al ofrecer la atención de enfermería en forma oportuna.
- Cuando el usuario regrese de su consulta se debe orientar sobre: *☞ Control de la temperatura. *☞ Si ésta sigue aumentando colocarle medios físicos. *☞ Que consulte nuevamente al establecimiento de salud si la fiebre aumenta o no sede.	- La orientación adecuada de los usuarios favorecen su pronta recuperación. - Controlar la temperatura en periodos cortos de tiempo permite identificación de complicaciones futuras. - Los medios físicos permiten que la temperatura disminuya por efecto de la conducción. - Permite brindarle un tratamiento oportuno.

Técnica de Medición de la Temperatura Axilar con Termómetro de Mercurio al Niño.

Definición

Es la medición de la temperatura corporal del niño mediante un termómetro de mercurio.

Objetivos:

- Determinar si el valor de la temperatura central se encuentra en límites normales.
- Controlar a los niños con alto riesgo de presentar alteraciones en la temperatura.

1.1.3.3 Equipo

Una bandeja conteniendo			
- Recipiente con termómetros orales o axilar	- Papel higiénico	- Lápiz	- Bolígrafo
- Expediente clínico (hoja de historia clínica	- Reloj		
- Recipiente con agua jabonosa	- Depósito para desechos		

Pasos

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Lavarse las manos	- Previene la transmisión de infecciones Nosocomiales.
- Preparar el Equipo.	- Asegura la condición y limpieza del equipo antes de ser utilizado.
- identificar y orientar a la madre.	- Brinda confianza y seguridad al realizar el procedimiento.
- Colocar a las madres y el niño en posición cómoda y segura.	- Generalmente la temperatura se mide en la axila, pero pueden presentarse situaciones que lo impidan.
- Observe si la línea del mercurio se encuentre en un nivel menor de 35°C.	- Asegura la correcta medición de la temperatura.
- Coloque el bulbo del termómetro en el centro de la axila, flexionando el antebrazo sobre el tórax.	- Esta posición favorece el contacto del bulbo con la piel y reduce la exposición a las corrientes de aire que enfrían el termómetro.
- Deje el termómetro durante cinco minutos en la axila.	- Asegura el dato en la medición de la temperatura.
- Retire el termómetro y límpielo en forma rotativa de la parte distal hacia el bulbo para eliminar el sudor del cliente.	-Limpiar de lo menos sucio a lo más contaminado.
- Lea el termómetro sosteniéndolo a la altura de los ojos.	- El vidrio sirve como lente de aumento para ver el fino conducto por donde se sube el mercurio.
- Coloque el termómetro en la vasija arriñonada con solución jabonosa posterior colocándose en lejía al 0.05 % por 30 minutos.	- Dejar el equipo completo y ordenado evita contratiempos para proporcionar una mejor atención al cliente.
- Deje el paciente cómodo y seguro.	- Para su comodidad y seguridad.
- Registre la temperatura anotando en la hoja clínica.	- Proporcionar datos que contribuyen a la valoración física del niño.
- Posterior a la consulta orientar a la madre sobre: <ul style="list-style-type: none"> α- Control de la temperatura. β- Uso de los métodos físicos. χ- Administración de antipiréticos. δ- Consultar nuevamente si aumenta o no cede la fiebre. 	- La orientación adecuada fomenta la atención con calidad y eficiencia.

1.2.2 Técnica de Medición del Pulso.

1.2.2.1 Definición.

Son los saltos palpables del flujo sanguíneo que se aprecian en diversos puntos del cuerpo.

Objetivos.

- Identificar si la frecuencia del pulso se encuentra en límites normales.
- Determinar alteraciones que puedan presentar el usuario en las pulsaciones.

Equipo.

- Reloj con segundera.
- Papel y lápiz.

Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Lavarse las manos	- Evita infecciones Nosocomiales.
- Preparar equipo.	- Evita pérdida de tiempo al brindar la atención.
- identifique y orientar al usuario sobre el procedimiento.	- Disminuye la ansiedad y el usuario colabora
- Explique al usuario que necesita que esté cómodamente sentado (si no es posible en posición supina).	- Proporciona acceso libre a las zonas del pulso.
- Coloque el brazo del usuario descansando a lo largo del cuerpo o sobre el abdomen con la palma de la mano hacia abajo.	- La posición anatómica correcta asegura datos exactos.
- Con los dedos índices, medio y anular, presione con suavidad la arteria radial.	- La presión excesiva puede obstruir el flujo sanguíneo y alterar los datos.
- Localice el pulso y cuente durante 60 segundos valorando la intensidad. ▶ Si el pulso es irregular, contar nuevamente durante 60 segundos, valorando frecuencia y pauta de la regularidad. ▶ Realice anotaciones en el expediente clínico.	- Un recuento durante 60 segundos permite identificar ritmos de pulso rápido, lento o regular. - La contracción ineficaz del corazón suspende la transmisión de la onda del pulso interfiriendo con el gasto cardíaco provocando un pulso irregular.

Técnica de Medición de la Respiración.

Definición.

Es la observación de los movimientos Tóraco-abdominales del paciente en una unidad de tiempo establecido.

Objetivo.

- Identificar características de la respiración, contribuir al diagnóstica del usuario.

Equipo.

- Reloj con segundera.
- Lápiz y expediente clínico del usuario.

Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Lavarse las manos	- Para disminuir el riesgo de transmisión de enfermedades de un paciente a otro.
- Salude e identifique al usuario explicándole el procedimiento.	- Disminuye la ansiedad del usuario y podrá obtener un dato verídico.
- Observe los movimientos de inspiración y expiración en el tórax o abdomen del usuario (simulando que tome el pulso)	- El paciente no debe saber que se le controla la respiración porque podría modificarla voluntariamente
- Cuente las respiraciones durante 1 minuto observando sus características.	- Al contar durante un minuto, permite la valoración y detección de irregularidades.
- Realizar las anotaciones correspondientes.	- Permite conocer los datos obtenidos.
Cada inspiración y expiración se cuenta como una respiración.	

Técnica de Medición de Tensión Arterial en el adulto.

Definición.

Es la medición por medio del Esfignomanómetro de la fuerza que la sangre ejerce sobre las paredes arteriales.

Objetivos.

- Medir con exactitud la presión arterial del usuario.
- Contribuir al diagnóstico del paciente por medio de datos exactos.

Equipo.

Una bandeja conteniendo		
- Esfignomanómetro	- Estetoscopio.	- Lápiz
- Papel higiénico	- Libreta	- Expediente clínico (hoja de historia clínica)

Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Lavarse las manos	- Disminuye la proliferación de bacterias.
- Reúna el equipo completo.	- Evita contratiempos al ofrecer la atención de enfermería.
- Oriente al usuario sobre el procedimiento y que se coloque en posición cómoda (fowler, semi fowler o supina, decúbito lateral izquierdo en embarazadas y obesos).	- Facilitara la colaboración del paciente en su tratamiento.
- Coloque el brazalete en el antebrazo 4 centímetros arriba del codo.	- Esto facilita la medición de la tensión arterial.
- Limpie las olivas y el diafragma del estetoscopio con alcohol antes de usarlo y coloque las olivas sobre los oídos.	- Evita la trasmisión de bacterias.
- Localice por palpación el pulso braquial y coloque el diafragma del estetoscopio sobre la arteria sosteniéndola con la yema de los dedos.	- La arteria humeral es la que ofrece mayor facilidad para la medición de la presión arterial
- Con su mano diestra cierre la válvula, e insufla aire al brazalete hasta que la aguja del manómetro con la columna de mercurio ascienda por encima de las cifras normales (arriba de 170 mm Hg. En caso de pacientes hipertensos y renales).	- Esto permitirá la medición de la tensión arterial (el mercurio reacciona rápido a la variación de la presión arterial).
- Abra lentamente la válvula observando el descenso de la aguja del manómetro o de la columna de mercurio.	- La salida de aire permite que la escala de mercurio haga su oscilación que permitirá la medición.
- Ponga atención al primer latido que indica la cifra de presión sistólica.	- La presión sistólica es la presión máxima ejercida por la sangre al contraerse el ventrículo izquierdo.
- Deje escapar el aire gradualmente hasta que escuche el ultimo latido que indica la cifra de la presión diastólica.	- La presión diastólica es la presión mínima; cuando el corazón se encuentra en reposo.
- Abra por completo la válvula dejando escapar el resto del aire del brazalete.	- Esto evita el deterioro del equipo.
- Registre y anote los valores encontrados en el usuario.	- Contribuye al diagnóstico oportuno del usuario.
- Retire el brazalete y deje cómodo al usuario.	- Permitirá ofrecer una atención de enfermería en forma oportuna.
- Retire el equipo y déjelo ordenado.	- Favorece la comodidad y confort del usuario.
- Lávese las manos.	- Evita las trasmisión de enfermedades cruzadas.

2.1 TÉCNICA DE MEDICIÓN DEL PESO EN EL NIÑO.

Definición.

Son actividades que se realizan para cuantificar la masa corporal del niño, por medio de una báscula.

Objetivo.

- Conocer el peso corporal del niño, para valorar su crecimiento y contribuir al diagnóstico y tratamiento.

Equipo.

- Báscula de mesa
- Papel
- Lápiz
- Expediente clínico.
- Solución desinfectante.

Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Revise el calibre la báscula.	- Evita errores en la medición.
- Lávese las manos.	- Disminuye microorganismos.
- Saludar a la madre o acompañante e identificar al niño(a). - Orientar a la madre sobre el procedimiento.	- Facilita la colaboración, y le da confianza.
- Coloque papel o sustituto sobre la plataforma de la bascula.	- Evita la transmisión de microorganismos.
- Solicite a la madre o acompañante que retire la ropa innecesaria.	- El exceso de ropa altera los datos, no exponga al recién nacido mucho tiempo al medio ambiente.
- Ayude a la madre o acompañante a colocar al niño(a) firmemente en el centro de la plataforma.	- Colocar al niño en el centro de la plataforma evita errores en la medición.
- Registre el dato e informe a la madre o acompañante.	- Considerando los datos según crecimiento y desarrollo del usuario(a).
- Limpie la bascula con solución antiséptica al finalizar al igual que al inicio del mismo.	- La limpieza del material prolonga la vida útil del equipo.

2.1 TÉCNICA DE MEDICIÓN DE TALLA EN RECIÉN NACIDO.

Definición.

Actividades que se realizan para cuantificar la masa corporal del Recién Nacido

Objetivo.

Conocer el peso del neonato al nacer y su evolución durante la estancia hospitalaria en Neonatología

Equipo.

Agregar báscula, papel estéril, expediente clínico o plantar , desinfectante.

Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Lavarse las manos	- Disminuir flora bacteriana
- Limpiar báscula con solución desinfectante	- Prevenir infecciones cruzadas en el Recién Nacido
- Revisar y calibrar báscula	- Proporcionar una medición exacta
- Colocar papel estéril sobre plataforma y nuevamente calibrar básculas a 0 (en báscula digital)	- Crear área libre de microorganismos que disminuya riesgos de exposición para el Recién Nacido.
- Lavarse las manos	
- Colocar al Recién Nacido desnudo sobre plataforma de báscula previa identificación del mismo	- No alterar el peso del Recién Nacido y dar parámetros exactos. - Si el Recién Nacido se encuentra en IB, deberá retirar accesorios de venoclisis, ventilación y monitores momentáneamente mientras se realiza peso del RN.
- Evaluar y colocar al RN en su lugar correspondiente según su condición y colocar accesorios nuevamente.	- Evitar que el RN tenga pérdida de calor e interrupciones de su manejo.
- Registrar peso en hoja de cuadrícula correspondiente según fecha.	

CAPITULO II

CONTROL Y PREVENCION DE INFECCIONES

1. METODOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION.

1.1 TÉCNICA DE LIMPIEZA DE MATERIAL CONTAMINADO.

1.1.1 Definición.

Es el proceso mediante el cual se remueve la suciedad de un material o equipo en forma manual o mecánica mediante el uso de jabón y agua.

1.1.2 Objetivos.

- Eliminar la suciedad de un material que posteriormente se le dará un proceso de desinfección o esterilización.

1.1.3 Equipo.

- Recipiente para material sucio.
- Recipiente para material limpio.
- Cepillo.
- Detergente.
- Agua.
- Guantes desechables.
- Delantal a prueba de agua.
- Mascarilla y protectores para los ojos.

1.1.4 Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Calzarse guantes y mascarilla.	- Como medida de bioseguridad.
- Colocarse delantal plástico.	- Protege su ropa del agua contaminada.
- Sumergir el material en un depósito con detergente o solución desinfectante (pre-enjuague).	- Facilita la limpieza del equipo. - Reduce la carga de bacterias.
- Realizar lavado terminal con cepillo, agua y detergente cuidando que no queden restos de sangre, secreciones o cualquier material orgánico.	- La presencia de secreciones o materia orgánica impide el adecuado proceso de esterilización.
- Secar el material.	
- Hacer limpieza general del lugar donde ha lavado el material.	- Previene el deterioro del material. - Dejar limpio y ordenado.

1.2 TÉCNICA PARA LA PREPARACIÓN DE MATERIAL A ESTERILIZAR (PREPARACIÓN DE PAQUETES).

- Paquete de ropa para partos conteniendo:

- 2 cubiertas.
- 2 medias sábanas para recién nacido.
- Sábana ginecológica.
- Gabachón.
- Caja o paquete de instrumental para partos.
- 2 cubiertas.

Bandeja o caja contenido:

- 2 valva.
- 2 pinzas de anillos.
- 2 pinzas kocher.
- 2 pinzas de disección con y sin garras.
- 1 tijera abotonada.
- 1 tijera mayo recta.
- 1 porta agujas.
- 2 escudillas.
- 3 compresas.

- Caja o instrumental para pequeña cirugía conteniendo:

- 2 cubiertas de doble tela.
- 1 vasija conteniendo:
- 2 escudillas.
- 1 tijera
- 1 porta agujas.
- 1 mango de bisturí.
- 2 pinzas kocher.
- 2 pinzas de disección con y sin garra.

1.2.1 Definición.

Son los pasos mediante los cuales se clasifican, preparan y ordenan un material que será sometido al proceso de esterilización.

1.2.2 Objetivos.

- Garantizar la esterilización de los materiales y equipos.
- Asegura la atención al usuario mediante la esterilización de material.

1.2.3 Equipo.

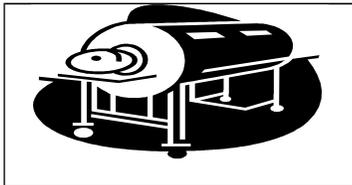
Material a esterilizar.

- 2 cubiertas de tela.
- Cinta adhesiva testigo.
- Lapicero.

1.2.4 Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Revisar y seleccionar la ropa lavada o instrumental necesario, controlando que este limpio y seco.	- Disponer ropa en buenas condiciones, libre de manchas, secreciones, restos de cabello y asegurar la penetración del vapor.
- Si es ropa doblarla de acuerdo a técnica u orden de uso.	- Minimizar la manipulación de la ropa y reducir el riesgo de contaminación.
- En caso de instrumental: colocarla en la bandeja o caja, cuidando de dejar las pinzas abiertas.	- Asegurar la penetración de vapores en el material.
- Colocar las cubiertas en forma esquinada y el material o ropa al centro (ver figura 18).	- Para facilitar el empaque y asegurar la esterilización.
- En caso de ropa colocarlas siguiendo el orden de uso, de la última a la primera.	- Facilita el uso de la ropa, ya que queda en orden y evita la contaminación porque disminuye la manipulación.
- Cerrar el paquete iniciando con la cubierta interna y luego la externa, tomando la punta proximal y luego las otras (figuras 19, 20, 21).	- Asegurar y conservar el proceso de esterilización.
- Colocar el testigo con fecha, hora y firma de la persona que prepara el paquete.	- El testigo indica que el paquete ha pasado por un proceso de esterilización y la responsable del mismo.
- Llevar el material a esterilización.	- Para su respectivo proceso de esterilización dependerá del material, tipo de aparato y normas del establecimiento.

1.3 TÉCNICA DE ESTERILIZACIÓN POR VAPOR BAJO PRESIÓN / CALOR HÚMEDO.



1.3.1 Generalidades.

- Puntos importantes en el manejo de un autoclave:

Con la máquina.

- No encender los térmicos antes de llenar el tanque de agua del autoclave.
- No manipular la maquina con las manos mojadas.
- Controlar constantemente el proceso de esterilización y asegurar que se mantengan los parámetros de: temperatura 121°C y presión 21 PSI.
- Si la máquina cuenta con válvulas o botones de desalojo lento o rápido, tener cuidado al utilizarlo según material a esterilizar, ya que los líquidos son de desalojo lento.
- Todo material estéril debe manejarse por arriba de la cintura.
- Antes de iniciar el trabajo con un autoclave deben conocerse las recomendaciones especiales del fabricante y mantenerlas por escrito cerca del aparato.
- Debe utilizarse agua destilada, ya que las aguas cloradas poseen metales duros que pueden obstruir los desagües de la máquina.
- Realizar aseo del tanque de agua al menos una vez por semana.
- Mantener la máquina protegida del polvo y la lluvia.
- Las máquinas de esterilización deben recibir mantenimiento preventivo al menos una vez por mes.

Con la carga del autoclave:

- Acomodar los paquetes ordenadamente para que el vapor circule entre ellos.
- Colocar de lado frascos vasijas para facilitar el desplazamiento del aire y la penetración del vapor y el secado.
- Al esterilizar líquidos, los recipientes no deben llenarse más de los tres cuartos de su capacidad y el tapón debe quedar flojo.

1.3.2 Definición.

Es el proceso mediante el cual se eliminan microorganismos por efecto de la coagulación proteica, tomando en cuenta la humedad y la temperatura a un tiempo determinado.

1.3.3 Objetivo.

- Eliminar cualquier microorganismo vivo, incluyendo las esporas.

1.3.4 Equipo.

- Autoclave con sus respectivas canastas.
- Guantes de cuero.
- Agua.

1.3.5 Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Revisar en el autoclave:  Accesorios.	- Asegurar una esterilización efectiva. - Asegurar el funcionamiento adecuado del aparato para garantizar el proceso de esterilización.
- Revisar el nivel de agua en el tanque de reserva.	- Proporcionar la humedad necesaria para lograr la saturación suficiente de vapor y causar la desnaturalización y coagulación de las proteínas de las bacterias.
- Encender los termómetros que alimentan la máquina.	- Disponer de la energía necesaria para iniciar el proceso.
- Mover la perilla de ciclos a la posición de FILL (de llenado) y abrir la puerta.	- Lograr el llenado del tanque hasta en nivel de agua de cámara.
- Seleccionar el ciclo de esterilización con la perilla o botón respectivo.	- Programar la máquina en la función que se necesita.
- Llenar la cámara con el material a esterilizar.	- Seleccionar el material para el mismo ciclo de esterilización.
- Cerrar el autoclave bajando la palanca y oprimir la puerta.	- Sella la cámara para crear un dispositivo hermético.
- Esperar que los niveles de temperatura lleguen a 250°F o a 121°C y la presión a 21 PSI y que suene la alarma.	- Parámetros necesarios para que inicie el proceso de esterilización.
- Programar el tiempo de esterilización según el tipo de material con el botón respectivo.	- Asegurar el tiempo de esterilización necesario para la destrucción completa de bacteria y esporas.
- Al sonar la alarma de finalización del tiempo, pasar a la fase de ventilación o desalojo, girando la perilla o botón.	- Facilita la condensación y eliminación del vapor.
- Esperar que la presión llegue a 0 y encienda el piloto de abrir (open).	
- Abrir la puerta dejándola semicerrada, para dar paso a la etapa de reposo, por un periodo de 15 a 20 minutos.	- Permite asegurar que el material quedo seco.
- Extraer el material esterilizado utilizando guantes.	- Protege las manos de la alta temperatura.
- Colocar el material sobre una superficie plana en el lugar de almacenamiento.	- Las condiciones del lugar de almacenamiento deben ser adecuadas para mantener la esterilidad del material.
- Apagar el equipo poniendo la perilla o botón en posición de apagado (Power - off).	- Mantener el funcionamiento de las válvulas y botones.
- Dejar el autoclave cerrado.	- Evitar el deterioro del empaque.
- Bajar los térmicos de energía.	- Proteger el equipo de sobrecargas eléctricas.

1.3.6 Normas de Seguridad al Utilizar un Autoclave.

- ◆ La máquina debe permanecer en un lugar limpio.
- ◆ Al realizar mantenimiento preventivo asegurarse que la cámara este fría y realicela periódicamente.
- ◆ Siempre vigile la máquina durante el proceso de esterilización.
- ◆ No deje que personas ajenas manipulen su máquina.
- ◆ Al finalizar el ciclo de esterilización recuerde la fase de presecado o salida de vapor para luego entreabrir la puerta.
- ◆ Recuerde que cada máquina tiene un circuito de seguridad por cualquier descarga.
- ◆ Cuando la máquina este funcionando controle estrictamente la temperatura y presión, ya que le dan seguridad a lo que hace.
- ◆ Si la máquina hace ruido posiblemente el nivel del agua es alto, abra la llave y libere el excedente a su nivel normal.
- ◆ Nunca esterilizar productos derivados del petróleo ya que el vapor no las esteriliza.
- ◆ Se carga el autoclave en varios niveles en forma cruzada para permitir la circulación del vapor.
- ◆ Al extraer el material del autoclave asegúrese que está seco para evitar contaminación.
- ◆ La esterilización de líquidos se hace con desalojo lento.

1.3.7 Mantenimiento Común de un Autoclave.

- * Material mojado:
 - Problemas con la trampa de vapor.
 - Drenaje de cámara obstruido.
- * No se logro esterilización:
 - Mucha carga.
 - Muy poco tiempo.
 - Poca temperatura.
- * No se logra la temperatura necesaria para la esterilización:
 - Presión incorrecta.
 - Fuga de vapor.
- * Material de vidrio que sale quemado:
 - Se cerraron los tapones.
 - La evacuación del vapor fue rápida.

1.4.8 Mantenimiento de un Autoclave.

- * Limpie con pañal húmedo los paneles frontales del equipo para evitar acumulación de polvo.
- * Limpie el filtro ubicado en el drenaje, para liberar pelusa y sedimentos con el chorro de agua.
- * Verifique el estado de los manómetros o botones.
- * Controle que no exista fuga de agua o vapor.
- * Cada semana:
 - Lave el interior de la cámara usando detergente suave.
 - Enjuague con agua común.
 - Seque el interior con un paño que no deje pelusa.
 - Mantenga el filtro en su lugar.
 - Las canastas deberán lavarse con solución de detergente suave.

1.4 TÉCNICA DE ESTERILIZACIÓN POR VAPOR SECO O AIRE CALIENTE.

1.4.1 Generalidades.

Este sistema elimina microorganismos por coagulación de la proteína de la bacteria. Las condiciones de esterilización son el calor o temperatura y el tiempo de exposición.

El uso de este método de esterilización es para aquellos materiales que no pueden ser esterilizados en autoclave como son: Grasas, talcos, aceites y otros productos derivados del petróleo, así como también algunos instrumentos con filo.

La acción microbicida, es dependiente de la presencia de materia orgánica, por lo tanto es imprescindible la limpieza del material previo a la exposición al calor.

1.4.2 Procedimiento.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Seleccionar el material.	- Evita errores.
- Cargar la máquina, colocar los paquetes en forma alterna.	- Facilita o permite la circulación del vapor dentro de la cámara.
- Encender la máquina y esperar que la temperatura alcance el nivel requerido.	- Permite el calentamiento de la cámara e inicia el proceso.
- Con temperatura al nivel requerido iniciar el proceso de esterilización.	- Lograr la coagulación de la potencia bacteriana, para eliminar todo organismo vivo dentro de la cámara.
- Anotar en la libreta de control de esterilización.	- Llevar un registro de los procesos de esterilización y facilitar el seguimiento por otro personal.
- Finalizado el tiempo de esterilización abrir compuerta por un periodo de más de 10 a 15 minutos previo a pagar la máquina.	- Suspender el proceso y descargar temperatura de la máquina lentamente y evitar accidentes de quemadura.
- Usando guantes protectores extraer el material con mucho cuidado.	- Evitar quemaduras por accidente.
- Trasladar el material al sitio de almacenamiento.	

1.5 PROCEDIMIENTO DE DESINFECCIÓN DE MATERIAL CON AGENTES QUÍMICOS.

1.5.1 Definición.

Es el proceso mediante el cual se destruyen la mayoría de microorganismos patógenos del material medico quirúrgico que no puede ser sometido a vapor o temperaturas, haciendo uso de soluciones químicas.

1.5.2 Objetivo.

- Eliminar microorganismos patógenos en material (objetos inanimados).

1.5.3 Equipo.

- ☐ Gorro y lentes protectores.
- ☐ Mascarilla.
- ☐ Guantes estériles.
- ☐ Solución desinfectante.
- ☐ Recipiente estéril con tapadera (para colocar material), de tamaño según la cantidad de solución a preparar.
- ☐ Campos estériles.
- ☐ Pinza de transferencia con su porta pinza.
- ☐ Agua destilada.
- ☐ Alcohol (según solución a preparar).

1.5.4 Pasos.

A. Preparación de la solución.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Colocarse gorro, mascarilla y preferentemente lentes protectores.	- Protegerse de lesiones por contacto con la solución. Prevenir la caída de cabello o partículas de saliva en la solución, así como evitar hablar durante el procedimiento.
- Lavarse la manos según técnica.	- Disminuir la presencia de microorganismos en las manos.
- Calzarse guantes (estériles) según técnica.	- Como medida de bioseguridad para proteger la piel del contacto con la solución.
- Descubrir los depósitos, dejando las cubiertas como campos estériles. Por el contrario colocar previamente campos estériles sobre una superficie fija (mesa).	- Evitar la contaminación de la solución y utilizar técnica aséptica, manteniendo la esterilidad de la solución y haciendo uso de la técnica del manejo de material estéril.
- Vaciar el agua destilada en el deposito según tipo de mezcla a preparar.	- Destapar el deposito de agua destilada con técnica aséptica, colocando la tapadera sobre una superficie con la parte interna hacia arriba y utilizar cantidades de agua según el tipo de mezcla a preparar.
- Luego agregar tipo de solución según concentración que desee y el uso que se dará en cuanto a tiempo de desinfección.	- El tiempo necesario para que la solución preparada haga efecto de desinfección dependerá de la concentración a la que fue preparada si las cantidades de solución a preparar son pequeñas utilizar depósitos pequeños graduados y estériles para medir.
- Mantener la solución preparada con su respectiva tapadera.	- Mantener activa la solución, evitando que se contamine con polvo e insectos.
- Colocar fecha, hora y firma del responsable que preparó la solución.	- Llevar un control del tiempo de vida de la solución (7 días).

B. Desinfección de material.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Introducir el material en la solución previamente lavado y secado, verificando que los engranajes estén separados.	- Facilitan la desinfección del material verificado siempre que la solución este activa y libre de contaminación.
- Dejarlo en solución por el tiempo estipulado según la concentración de la misma.	- Verificar que el material quede completamente sumergido para su respectiva desinfección y el tiempo de permanencia dependerá de la solución preparada y de las indicaciones del fabricante.
- Retirarse los guantes y esperar.	- Para evitar la contaminación.

C. Secado y Conservación del Material Desinfectado.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Colocarse gorro, mascarilla y guantes estériles.	- Para mantener la desinfección del material.
- Preparar el área donde se va a trabajar colocando campo estéril según técnica de manejo de material estéril.	- Mantener el área estéril.
- Preparar una vasija grande, con agua estéril para depositar el material.	- Para retirar del material la solución desinfectante.
- Preparar un depósito estéril o campo estériles.	- Para mantener la esterilidad del material.
- Extraer con pinza de transferencia el material preferentemente de los mas pequeños a los más grandes luego colocarlos en la vasija con agua estéril para lavado final.	- Retirar del material los residuos, evita la corrosión del material por los residuos de la solución desinfectante así como posibles complicaciones en el paciente.
- Después de lavar el material con agua estéril sacarlo nuevamente con la pinza de transferencia y colocarlo en los campos estériles, dejarlo escurrir y luego secarlo.	- El secado del material facilita su posterior conservación y utilización.
- Tener a la mano el depósito estéril donde se coloca el material para su conservación y posterior utilización.	- Mantener el equipo ordenado facilita su posterior utilización al brindar la atención de enfermería.

MANEJO DE DESECHOS SOLIDOS**2.1 GENERALIDADES.**

Obviamente los desechos bioinfecciosos, los químicos y los radiactivos no pueden ser tratados de la misma forma en que se manipulan los desechos comunes. Cada uno tiene normas particulares de manipulación que empieza por una adecuada segregación o separación en el lugar donde se origina el desecho.

La segregación o separación es el primer paso y de este depende el éxito de todo el proceso de selección.

En esta fase la participación del personal médico y de enfermería es crucial; para facilitar la tarea de segregación se utilizan distintos colores y símbolos que indican el tipo de desechos y distintos envases (bolsas, recipientes).

* Los colores.

El primer criterio de segregación es sumamente simple :

- **NEGRO:** Para los desechos comunes, papeles y todo lo que no haya estado en contacto con secreciones corporales.
- **ROJO:** Para los desechos peligrosos: todo lo que ha estado en contacto con sangre y toda secreción corporal como heces, orina, saliva.
- **DEPOSITOS:** Para todo material punzo cortantes (agujas, plásticos, objetos con filo, vidrio que haya estado en contacto con secreciones corporales).

○ Clasificación de los desechos bioinfecciosos.

* Estos desechos se dividen en:

- INFECCIOSOS: Son generados en las diferentes etapas de atención de salud (agujas, jeringas, etc.)
- PATOLOGICAS: Son todos aquellos fluidos corporales (sangre, muestras para estudio).
- PUNZOCORTANTES: Todos los objetos punzocortantes que estuvieron en contacto con fluidos corporales o agentes infecciosos incluyendo material en laboratorio (pipetas, cánulas de vidrio, ampollas).

○ ¿ Porqué se seleccionar los desechos ?

- Para disminuir los riesgos para la salud.
- Para disminuir costos.
- Para permitir que algunos desechos comunes se puedan reciclar.

○ Desechos punzantes.

Es todo objeto con capacidad de penetrar y/o cortar tejidos humanos; estos son: Agujas, hojas de bisturí, navajas, cristalería, materiales rígidos y otros utilizados en los servicios de laboratorio odontológico, diagnósticos y tratamientos a usuarios u otros que hayan estado en contacto con agentes infecciosos.

○ Enfermedades asociadas a los desechos sólidos.

En las enfermedades que más frecuentemente se transmiten por contacto de desechos peligrosos son: Hepatitis, SIDA, Tuberculosis, entre otras. Estas enfermedades se producen por accidentes que ocurren con suma frecuencia provocadas por punzocortantes.

○ Como segregar desechos bioinfecciosos.

Los desechos sólidos peligrosos infecciosos y patológicos deben depositarse en bolsas rojas. Los que puedan drenar liquido deberán segregarse preferiblemente en contenedores rígidos impermeables. La siguiente tabla resume los diferentes tipos de desechos y la forma de segregarlos.

2.2 SEGREGACIÓN DE LOS DESECHOS HOSPITALARIOS.

DESECHOS	ESTADO FISICO	ENVASE	COLOR Y SIMBOLO
COMUNES	Sólidos	Bolsas de plásticos.	Negro
INFECCIOSOS: (La sangre y cualquier desecho impregnado con sangre y secreciones, incluyendo los restos de comida provenientes de salas de aislamiento).	Sólidos, líquidos y sólidos que pueden drenar abundantes líquidos.	Bolsas de plásticos. Recipientes herméticos colocados en bolsas plásticas.	Rojo
PATOLÓGICOS: (Partes de cuerpos humanos, animales y fluidos).	Sólidos. Líquidos y sólidos que pueden drenar abundantes líquidos.	Bolsas de plástico. Recipientes herméticos colocados en bolsas plásticas.	Rojo
PUNZOCORTANTES: (Cualquier objeto punzocortante desechado).	Sólidos	Recipientes rígidos para punzocortantes colocados en bolsas plásticas.	Rojo
QUÍMICOS: (Incluyendo los fármacos vencidos, cuando tengan características de peligrosidad, y de la vestimenta contaminada con químicos).	Sólidos. Líquidos.	Doble bolsa de plástico cuando sus características lo permitan. Envases originales.	Rojo Símbolo correspondiente al tipo de químico.
RADIATIVOS: (Incluyendo cualquier desecho contaminado con radionucleidos).	Sólidos. Líquidos.	Contenedores originales o envases que garanticen adecuada protección. Contenedores que garanticen adecuadamente protección o dilución al desagüe.	Rojo
ESPECIALES	Sólidos.	Bolsas de plástico.	Negro

- ◉ Con los objetos punzocortantes observe las siguientes recomendaciones.
 - Segregar todos los punzocortantes y las agujas en recipientes plásticos especiales para ellos.
 - Estos recipientes no deberán llenarse más de dos tercios de su capacidad.
 - El recipiente una vez lleno al nivel indicado tiene que cerrarse firmemente.
 - Los punzocortantes, una vez colocados en sus envases, no deben removerse por ninguna razón.
 - Colocar los contenedores en bolsas rojas y rotularlos como punzocortantes.
 - Antes de enviar al relleno sanitario será necesario descontaminar previamente llenando el recipiente que los contiene con una solución de hipoclorito de sodio.
 - Los punzocortantes no deben colocarse con los vidrios.

3. PROCEDIMIENTO DE CURACION.

3.1 GENERALIDADES.

El procedimiento de curación es tan complejo que requiere de parte del personal que lo realiza el dominio de las técnicas que se ejecutan (habilidades y destrezas), una sustentación científica y sobre todo la actitud que le permita considerar al usuario como un ser holístico.

Una herida es cualquier lesión intencionada o no, que rompe la piel, la cual es de una barrera protectora natural que envuelva todo el organismo; la herida intencionada generalmente se produce por un tratamiento (una cirugía).

Cualquier que sea el origen de una herida, la intervención de enfermería en la atención del usuario, tiene el propósito de favorecer el proceso de curación (cicatrización), disminuir las molestias y prevenir las complicaciones, para lo cual realiza los siguientes cuidados:

- ◉ Valorar en la herida.
 - Aspectos (signos que indican que el proceso de curación se realiza sin problemas; no hay sangramiento, inflamación, calor de los tejidos, dolor, drenaje de contenido).
- ◉ Valore en el usuario aspectos que pueden alterar el proceso de cicatrización:
 - Desnutrición.
 - Obesidad.
 - Medicaciones.
 - Otra condición en el estado de salud del usuario como diabetes.
- ◉ Valorar las condiciones del ambiente, equipo y material del establecimiento que pueden alterar este proceso:
 - Material y equipo suficiente.
 - Condición óptima del equipo y material.
 - Cumplimiento de los principios de aepsia.
 - Cumplimiento de las medidas de bioseguridad.

A continuación se describen las técnicas más relacionadas con el procedimiento de curación:

3.2 TÉCNICA DEL LAVADO DE MANOS.

3.2.1 Generalidades.

Es una actividad que el personal de salud y los usuarios deben practicar independientemente del lugar donde se encuentren: con el propósito principal de evitar la transmisión de gérmenes del personal de salud hacia los usuarios, de los usuarios hacia el personal de salud y usuario a usuario.

Es una técnica sencilla, no tiene mayor costo, su practica como parte de los procedimientos que se realizan en enfermería, demuestra la conciencia, el conocimiento y la calidad de las intervenciones del personal.

3.2.2 Definición.

- Es un procedimiento de asepsia médica en la cual se limpian las manos de gérmenes patógenos.

3.2.3 Objetivos.

- Disminuir el número de microorganismos en las manos.
- Reducir el riesgo de transmisión de microorganismos a los usuarios.

3.2.4 Equipo.

- Jabón.
- Toalla.
- Lavamanos.
- Agua.
- En caso de no tener lavamanos utilizar 2 recipientes (uno con agua limpia y otro para desechar la sucia).

3.2.5 Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Preparar equipo.	- Evita perdida de tiempo.
- Valorar el estado de las manos y uñas.	- Que no existan heridas en manos y brazos. Se debe portar uñas cortas.
- Retirar joyas (reloj y anillos).	- Evita el alojamiento de microorganismos, araña al usuario o romper los guantes.
- Abrir el grifo y regular el flujo de agua luego enjabone el grifo.	- Evita transmisión de bacterias. - Evita salpicaduras de agua en el piso.
- Humedecer las manos con agua y jabón, manteniéndolas por debajo de la cintura.	- El agua debe deslizarse desde área menos contaminadas a la mas contaminada.
- Realizar movimientos circulares frotando palma, dorso, uñas y espacios interdigitales durante 10 segundos como mínimo.	- El movimiento circular elimina microorganismos de forma mecánica. Utilizar el tiempo necesario garantiza la limpieza de las manos.
- Retirarse el jabón, invirtiendo las manos, dejando caer agua desde los dedos hacia la muñeca.	- El agua debe escurrir de las partes más limpias a las menos limpias.
- Retire el jabón del grifo dejando caer agua con sus manos y luego cerrarlo	- Dejar limpio el grifo, ya que entrara en contacto con las manos limpias al cerrarlo.
- Secarse las manos con toalla en forma de presión.	- La humedad facilita la proliferación de microorganismos. - El secado en forma de presión evita la remoción de bacterias normales de la piel.

avado de manos social



1. Humedecer las manos.



2. colocar una dosis de jabón.



3. Jabonar toda la superficie de manos y muñecas.



4. Jabonar y frotar en espacios interdigitales.



5. Enjuagar con abundante agua.



6. Tomar una toalla de papel.



7. Secar con toalla por cada mano.



8. Cerrar la utilizando el papel.



9. Descarte la toalla.

Lavado de manos con antiséptico



10. Jabonar durante 15 segundos las manos y los espacios interdigitales con un jabón antiséptico líquido.

Lavado de manos quirúrgico



1. Humedecer las manos comenzando por los codos.



2. Luego humedecer antebrazos y codos.



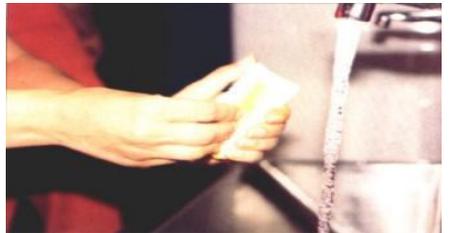
3. Colocar una dosis de jabón antiséptico.



4. Lavar las manos y antebrazos hasta el codo.



5. Enjuagar desde las uñas (hacia arriba), manos y antebrazos.



6. Tomar un cepillo estéril y colocar en él una dosis de jabón antiséptico. Cepillar uñas.



7. Colocar la solución antiséptica nuevamente y friccionar manos y antebrazos. 8. Enjuagar las manos desde las uñas, antebrazos y codo.



9. Secar con una compresa estéril, comenzando por las manos.



10. Luego secar antebrazos y codo.

3.3 TÉCNICA DE MANEJO DE PINZA DE TRANSFERENCIA.

3.3.1 Generalidades.

La altura ideal del porta pinza es dos tercios de longitud de la pinza de transferencia. Si el porta pinza está demasiado largo, la parte contaminada de la pinza de transferencia se introduce y aumenta la oportunidad de contaminarla en el momento de sacarla o introducirla.

Con relación a colocar cubierta a la pinza y porta pinza es una practica que se utiliza en la mayoría de instituciones y el objeto de la cubierta es para prevenir que penetre polvo e insectos.

El uso de la cubierta del porta pinza no esta prohibido pero se tiene conciencia de que ésta, se coloca en la parte contaminada de la pinza por tanto la parte interior que cubre la pinza y el porta pinza se considera contaminada.

El tercio superior del porta pinza se considera área contaminada y en el momento de introducir o extraer la pinza del porta pinza hay mayor posibilidad de contaminarla, por lo tanto se debe conocer la manera correcta de hacerlo.

La pinza de transferencia puede ser utilizada sin solución antiséptica siempre y cuando no se use más ocho horas.

♥ PRINCIPIOS.

- Si hay duda sobre la esterilidad de la pinza no debe considerarse estéril.
- Todo objeto estéril debe estar por arriba de la cintura.
- Evitar corrientes de aire provenientes de ventana, ventiladores y otros, cuando se utiliza la pinza transferencia.
- Si se baja la pinza de transferencia del nivel de la cintura se considera contaminada.
- Si la pinza de transferencia tiene contacto con la piel debe considerarse contaminada.

3.3.2 Definición.

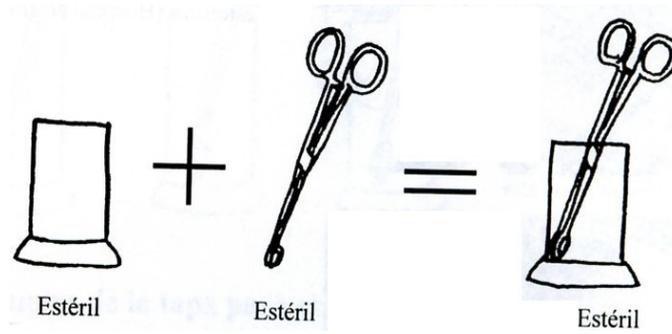
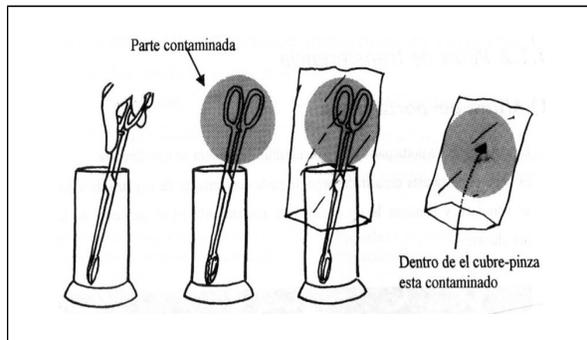
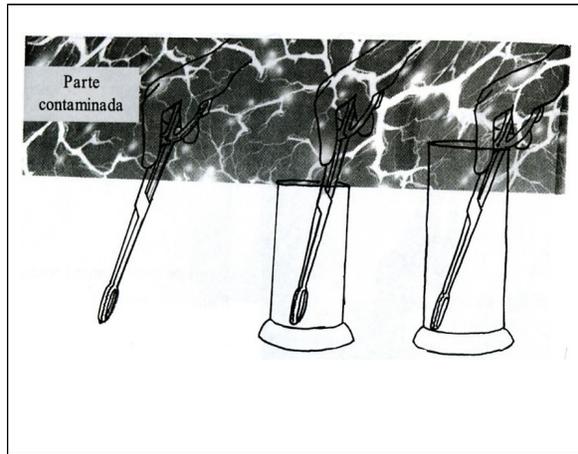
- Es la utilización correcta de la pinza de transferencia para el manejo de material o equipo estéril.

3.3.3 Objetivo.

- Conservar la esterilidad de la pinza y del material, al traslado de un lugar a otro.

3.3.4 Equipo.

- Un porta pinza y pinza de transferencia estériles.
- Cubierta para el porta pinza.
- Solución antiséptica (según protocolo de la institución).



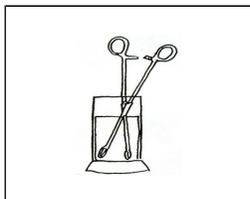
3.3.5 Pasos.

A. Técnica para extraer la pinza de Transferencia.

ACCION	PRINCIPIO / RAZON
- Lavarse las manos y secarlas bien.	- Si pasa agua de las manos a los anillos superiores de la pinza de transferencia hasta la parte inferior, ésta se contamina.
- Retirar la cubierta de la pinza. - Unir las puntas de la pinza. - Extraer la pinza verticalmente cuidando no tocar los bordes.	- Para facilitar la extracción de la pinza sin tocar los bordes y la pared interna del porta pinza y evitar la contaminación.
- En el caso que la pinza de transferencia esté con solución antiséptica, dejar que gotee sin sacudirla.	- Evitar mojar el campo o material estéril, con el goteo de solución de la pinza.
- Mantener siempre las puntas de la pinza hacia abajo.	- Si se invierten las puntas de la pinza, la solución se desliza hacia la parte no estéril y luego regresa contaminada.

B. Técnica de introducir la pinza de Transferencia.

ACCION	PRINCIPIO / RAZON
- Unir las puntas de la pinza. - Introducir la pinza verticalmente.	- Para facilitar la introducción de la pinza, sin tocar los bordes y la pared interna del porta pinza y evitar su contaminación.
- En el caso que el porta pinza tenga solución antiséptica, dejar abiertas las puntas de la pinza.	- Para hacer asepsia en la parte interna de los anillos de la pinza.
- Colocar la cubierta de la pinza.	- Para prevenir que penetre polvo e insectos.



3.4 TÉCNICA DE MANEJO DE MATERIAL ESTÉRIL.

3.4.1 Generalidades.

Un objeto estéril es aquel que se encuentra libre de todo tipo de microorganismo. Es bien sabido que en todos los quirófanos, salas de partos y zonas para procedimientos especiales se aplican las medidas de asepsia quirúrgica.

Quizá es menos conocido que también se utiliza la asepsia quirúrgica para muchos procedimientos realizados en áreas de asistencia general, como para la administración de inyecciones, el cambio de apósitos de las heridas, el sondaje urinario y la administración de tratamientos intravenosos.

El buen manejo del material estéril es de suma importancia para que una persona no resulte infectada por los microorganismos que pueden entrar en el cuerpo.

PRINCIPIOS.

- ◻ Todo los objetos que se usan en un campo estéril deben ser estériles.
- ◻ Los objetos estériles dejan de serlo cuando entran en contacto con objetos no estériles.
- ◻ Solo la parte superior de la mesa cubierta con campos estériles se considera estéril.
- ◻ El material estéril debe estar continuamente a la vista.
- ◻ Los objetos estériles pueden dejar de serlo debido a una exposición prolongada a microorganismos transmitidos por vía aérea.
- ◻ Todo material estéril se maneja con manos limpias y secas.
- ◻ Solo artículos estériles deben usarse dentro de un campo estéril.

- o No hablar, toser o estornudar sobre un campo o material estéril.

3.4.2 Definición.

- Es la manipulación del equipo o material esterilizado, conservándolo libre de microorganismos.

3.4.3 Objetivo.

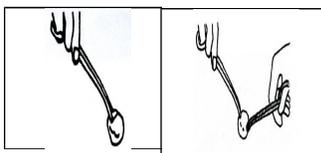
- Evitar la contaminación del material conservando su esterilidad.

3.4.4 Equipo.

- Pinza de transferencia.
- Recipientes estériles.
- Paquetes estériles.
- Vasijas estériles.
- Guantes estériles.

3.4.5 Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Lavarse las manos según técnica.	- La acción del jabón y el agua más el arrastre mecánico eliminan las bacterias patógenas presentes en las manos
- Mantener una distancia prudencial con el material.	- Evita la contaminación del equipo por contacto con el uniforme.
- Confirme que el paquete y el área donde se coloca esté limpio y seco.	- La humedad facilita el traslado de bacterias y aumenta la posibilidad de contaminación.
- Coloque el paquete estéril de tal forma que la pestaña de la primera cubierta quede frente a la persona que lo abre.	- Evita la contaminación del material a utilizar. Si se coloca el paquete al revés (la punta de la pestaña hacia el lado contrario a la enfermera), para abrir la última cubierta del equipo estéril aumenta la caída de polvo, hilos u otras partículas.
- Confirme fecha de vencimiento y cambio de color de la cinta testigo y retírela.	- Los paquetes de tela estéril vencen a los 30 días en condiciones ambientales adecuadas. La variación del color de la cinta testigo es indicador que el material fue sometido a un proceso de esterilización.
- Tomar ligeramente la parte exterior de la primera pestaña, hálela y déjela caer al otro lado.	- No tocar la parte inferior del paquete para evitar la contaminación.
- Tomar la esquina derecha con la mano izquierda, descúbrala y déjela caer.	- Evitar hablar, toser y estornudar frente al usuario y equipo.
- Tome la última esquina, hálela y déjela caer.	
- Para cubrir el paquete (cubierta interna usar la pinza de transferencia.	- Se considera que la parte interna del paquete es estéril por lo que debe ser manipulada con la pinza de transferencia para mantener la esterilidad del equipo.



3.5 TÉCNICA DE CURACIÓN.

3.5.1 Definición.

La técnica de curación es una serie de actividades tendientes a la limpieza, protección y cuidado de las heridas aplicando técnicas asépticas.

3.5.2 Objetivos.

 Prevenir infecciones en las heridas mediante la eliminación de agentes patógenos a través de la aplicación de técnicas asépticas.

 Observar el proceso de cicatrización de las heridas y realizar acciones de acuerdo al estado.

 Proporcionar comodidad y seguridad.

3.5.3 Equipo.

- 1 carro de curación.
- Equipo de curación conteniendo:
 - 2 pinzas.
 - 2 escudillas.
- 5 pares de guantes de distinto número o medida (estériles y descartables).
- 1 bolsa que contenga:
 - 3 rollos de venda de gasa.
 - 3 rollos de venda elástica.
- 1 pinza de transferencia con su porta pinza.
- 1 tambo de torundas.
- 1 tambo de curaciones.
- 1 paquete con 10 hisopos.
- 1 paquete con 10 baja lenguas.
- 1 tijera estéril en frasco estéril.
- 1 frasco con jabón yodado.
- 1 frasco con solución salina normal o agua estéril.
- 1 recipiente con agua jabonosa.
- 1 bolsa plástica para el sucio (5 libras) para cada usuario.
- 1 recipiente para desechos peligrosos (bolsa de color rojo).
- 1 recipiente para desechos comunes con bolsa negra.

3.5.4 Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Preparar carro de curación en forma completa.	- Evita pérdida de tiempo.
- Colocarse gorro y mascarilla en forma correcta.	- Protege la herida de contaminación por la caída de caspa y de cabellos, protege a la enfermera de la contaminación con secreciones.
- Lavarse las manos y secarlas bien.	- Evita la diseminación de microorganismos.
- Explicar el procedimiento al usuario y pedir su colaboración.	- Disminuye la ansiedad.
- Preparar bolsa plástica y colocarla en el canapé, a los pies del usuario..	- Para descartar el material contaminado y que no esté a la vista del usuario (a).
- Calzarse guantes (estériles o descartables) según necesidad.	- Como medida de bioseguridad para proteger a la enfermera (o) del contacto de secreciones del apósito.
- Quitar el esparadrapo y apósito, haciendo leve presión en el lado contrario del que se despegas.	- Evita el riesgo de lacerar la piel, no se produce tensión en la herida y hay poco dolor. También facilita retirar el esparadrapo.
- Observar la condición de la herida: Presencia o no de secreciones (color, olor, cantidad).	- Identificar cualquier anomalía de la herida para reportar al médico y facilita la atención rápida.
- Descartar los guantes.	- Evita la contaminación del material.
- Abrir el equipo con técnica estéril.	- Mantener la esterilidad de material.
- Colocar torundas y curaciones en el equipo utilizando pinza de transferencia.	- Evita el desperdicio de material.
- Agregar a las escudillas las soluciones a utilizar según necesidad.	
- Tomar la pinza de curación con la pinza de transferencia.	- Evita usar la pinza de transferencia o la pinza auxiliar cuando se cura la herida.
- Si es equipo colectivo, con la pinza auxiliar tomar la torunda humedecida con jabón yodado o solución antiséptica (según norma) y pasar a la pinza de curación o si el equipo es individual, tomar la torunda humedecida con jabón yodado o solución antiséptica desde	- La pinza de curación no debe utilizarse para tomar material de la escudilla ya que se contamina.

la escudilla con la pinza de curación directamente.	
- Si el usuario tiene una herida con drenaje y una herida limpia, empiece siempre la curación por la herida limpia.	- La herida con drenaje es más sucia. Para evitar contaminar la herida limpia, primero se cura el área limpia y después la sucia.
- Pasar la torunda con jabón yodado por la herida una sola vez siguiendo la dirección de la incisión, de arriba hacia abajo; de la parte mas limpia a la parte más contaminada y del centro a la periferia.	- Si regresa la torunda, contamina la herida al pasar de lo sucio al área limpia. - No usar jabón yodado en pacientes diabéticos. - Tomar en cuenta el protocolo de la institución para el uso de antisépticos.
- Tomar torundas con solución salina normal y limpiar en la misma forma.	- Para retirar el jabón yodado y evita una reacción alérgica.
- Tomar torundas y secar en la misma forma.	- Para no dejar la herida húmeda y minimizar el dolor.
- Cubrir la herida con apósito estéril y fijarlo con esparadrapo, dejando a cada lado de 2 – 4 cm.	- Protege y previene la contaminación de la herida si deja menos de 3 cm. no se asegura la fijación del apósito.
- Realizar cuidado posterior al equipo, según técnica.	- Realizar la limpieza y enviarlo a esterilización, para usarlo nuevamente y evitar la contaminación del ambiente.
- hacer anotación del procedimiento en el expediente correspondiente.	- Para registrar la actividad realizada.

3.5.5 Puntos de Enseñanza.

 Orientar al usuario que debe cubrirse el apósito que sella la herida con material plástico al bañarse para evitar el derrame de agua sobre la misma.

 Orientar al usuario (a) para que no se descubra la herida en el hogar.

- Aconsejar sobre:

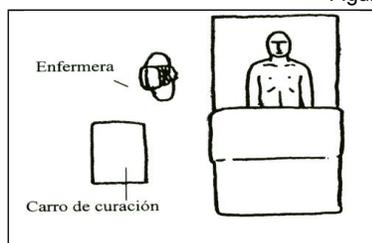
 Ingerir una dieta rica en proteínas para mejorar la cicatrización (por ejemplo: carne, huevos, pescado, pollo, etc).

 Asistir a su curación diaria a la unidad de salud.

 Completar el tratamiento médico según la indicación, para su pronta recuperación.

 Sobre la importancia de la movilización temprana en el postoperatorio en caso de usuarios operados (as), que llegan al establecimiento a curación diaria, para evitar problemas gastrointestinales, circulatorios, renales.

Figura: Posición del Personal de Enfermería al realizar curación.



Figuras : Técnica de Retiro de Curación: -

Quitar el esparadrapo y apósito, haciendo leve presión en el lado contrario del que se despeg.

Correcta

Incorrecta

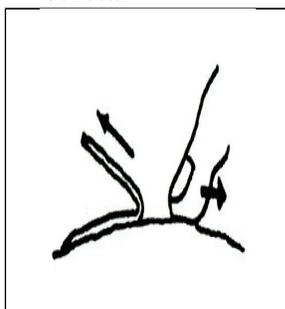


Figura: Si el usuario tiene una herida con drenaje y una herida limpia, empiece siempre la curación por la herida limpia.

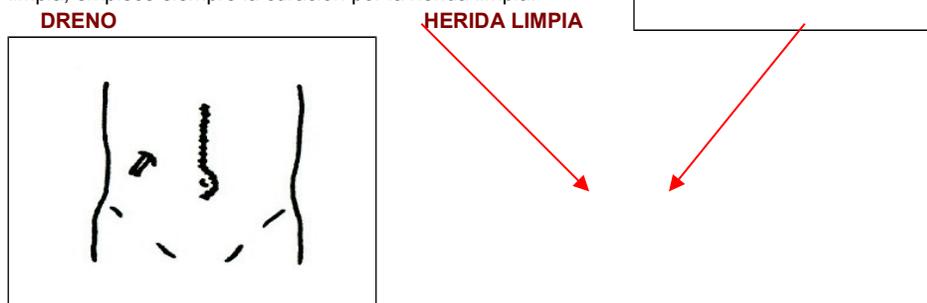
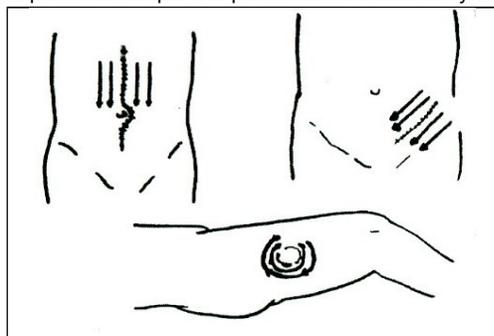


Figura: Pasar la torunda con jabón yodado por la herida una sola vez siguiendo la dirección de la incisión, de arriba hacia abajo; de la parte más limpia a la parte más contaminada y del centro a la periferia.



3.6 TÉCNICA DEL RETIRO DE PUNTOS.

3.6.1 Generalidades.

Las suturas son puntos utilizados para unir tejidos corporales, también se refiere al material que se usa para dar los puntos (hilo). En algunos centros solamente los médicos quitan o retiran puntos; en otros pueden hacerlo personal de enfermería o estudiantes bajo supervisión.

Se pueden utilizar diversos hilos de sutura, por ejemplo seda, algodón, lino, alambre, naylon y dacrón, etc. según necesidad.

El médico es quien debe indicar el retiro de puntos, por lo general los puntos de piel se retiran a los 7 ó 10 días después de la operación, se debe utilizar técnica y material estéril durante el procedimiento.

Factores a valorar en el retiro de puntos.

Antes de realizar la técnica de retiro de puntos es importante verificar:

- Las órdenes medicas sobre el retiro de los puntos (en algunas ocasiones sólo se quitan en un día puntos alternos, y el resto, uno o dos días después).
- En cuanto si se deben aplicar apósitos después de quitar los puntos. Algunos médicos prefieren no poner apósitos; otros prefieren pequeños apósitos para evitar el roce de la ropa.

Aspectos de la línea de sutura: Factores que contraindiquen el retiro de los puntos (por ejemplo, cierre no uniforme, inflamación, presencia de drenaje).

3.6.2 Definición.

Es el procedimiento por medio del cual se cortan y retiran los hilos de sutura de una herida.

3.6.3 Objetivos.

- ◆ Favorecer la cicatrización de la herida.
- ◆ Brindar comodidad y seguridad al paciente.

3.6.4 Equipo.

- 1 equipo de retiro de puntos que contengan:
 - 1 tijera de retiro de puntos.
 - 1 pinza de disección.
- 2 escudillas, 5 torundas y 2 apósitos si es necesario.
- Jabón yodado.
- SSN o agua estéril.
- Recipiente para desechos
- Deposito con agua jabonosa.
- + guantes esteriles
- + gorro - mascarilla

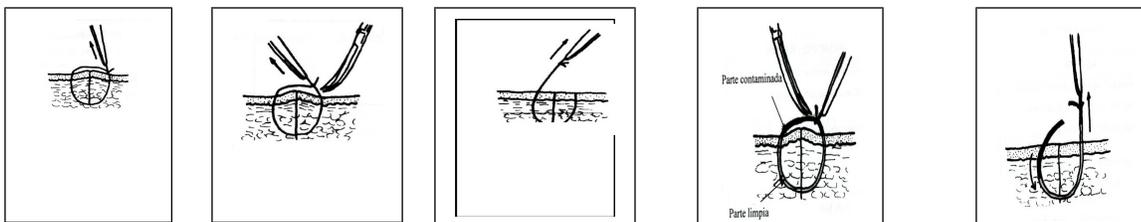
3.6.5 Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- identificar y explicar el procedimiento al paciente y pedir su colaboración.	- Disminuye la ansiedad.
Preparar equipo completo	
Colocarse gorro y mascarilla	
- Lavarse las manos según técnica.	- Evitar las infecciones cruzadas.
- Orientar al usuario que se coloque en posición correcta.	- Brindar comodidad al paciente.
- Descubrir la herida operatoria retirando el apósito, según técnica.	- Permite visualizar la condición de los puntos y herida operatoria.
Calzarse guantes estériles	
- Contar los puntos de sutura.	- Para verificar si están completos los puntos de sutura retirados al finalizar el procedimiento.
- Sostener un extremo del hilo con la pinza de disección y halar suavemente hacia arriba.	- Para cortar el hilo. En este momento no se debe halar demasiado, si lo hace la parte contaminada del hilo entrará en la piel.
- Cortar la parte del hilo que sale de la piel cuidando de no cortar la piel del usuario.	- Para retirar el hilo. La parte donde se corta el hilo, tiene que ser justamente la parte que estaba dentro de la piel.
- Retirar el hilo, halando hacia arriba; evitar que la parte contaminada del hilo penetre a la piel.	- Si pasa una parte del hilo contaminado en la piel causar infección.
- Verificar si los puntos de sutura retirados están completos.	- Evitar dejar puntos de sutura en la herida.
Colocar pinzas y tijeras en agua jabonosa	-facilita el proceso de limpieza del material
- Realizar procedimiento de curación según técnica.	- Permite dejar limpia la herida.
- Anotar procedimiento en libro correspondiente y nota de enfermería.	- Dejar registro de la actividad realizada.
- Realizar cuidado posterior del equipo.	- Permite la conservación del material en buenas condiciones.

3.6.6 Puntos de Enseñanza.

- Para el usuario:
 - Orientar al usuario sobre la higiene personal; para evitar la contaminación de la herida con agentes patógenos.
 - Consultar a la Unidad de Salud si observa salida de secreción de la herida, calor, rubor y mal olor.
 - No automedicarse.
 - Evitar ejercicios bruscos o esfuerzo excesivo.
 - Finalizar tratamiento médico.
 - En caso de niño, orientar a la madre como evitar accidentes.

Figuras : Retirar el hilo, halando hacia arriba; evitar que la parte contaminada del hilo penetre a la piel.



3.7 TÉCNICA DE CURACIÓN DE CATÉTER CENTRAL

3.7.1 Definición

- Son los cuidados de asepsia que se aplican en el sitio donde se ha insertado un catéter intravascular para mantenerlo limpio.

3.7.2 Objetivo

- Evitar infecciones locales que posteriormente podrían comprometer el torrente sanguíneo y provocar bacteremia, trombosis séptica, flebitis, etc.

3.7.3 Principios

Microbiología

- La piel alberga normalmente diversas bacterias, la humedad es un medio propicio para la proliferación de estos, una pequeña puerta de entrada puede producir infecciones locales y sistémicas.

Química

- La limpieza en el sitio de colocación del catéter deberá efectuarse cuidadosamente utilizando técnica aséptica y jabón yodado para que elimine los microorganismos presentes, contribuyendo a la prevención de infecciones.

3.7.4 Equipo

- Frasco con jabón antiséptico
- Frasco con agua estéril
- Frasco con alcohol 90%
- Torundas estériles de gasa (5)
- Dos gasas simples ranuradas
- Guantes
- Mascarillas
- Esparadrapo o legaderm
- Tijera

3.7.4 Pasos

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Identificar al paciente y explicarle sobre procedimiento (si la condición del paciente lo permite.	- Usar lenguaje claro
- Colocar al paciente en decúbito dorsal.	- Si el catéter esta colocado en vena yugular o subclavia girarle la cabeza al lado contrario.
- Colocarse mascarilla.	
- Revisar que el catéter este bien fijado y colocado.	
- Retirar gasas sucias.	- Lavarse las manos
- preparar equipo de curación.	
- Calzarse guante en la mano dominante.	- Con la otra mano auxiliarse
- Limpiar con jabón germicida y agua, sitio de colocación del catéter luego secarlo.	- Tener cuidado de no humedecer en exceso - Dejar Isodine 2"
- Limpiar con alcohol en forma circular sitio de colocación e catéter hasta conexión de la infusión.	- Abarcar aproximadamente un área de 6-8 cms en sitio de punción.
- Colocarse guantes	
- Colocar gasa estéril	- Con tijera estéril efectuar ranura en gasa, colocando encima otra gasa en cuadrado.
- Fijar curación con esparadrapo	
- Comprobar permeabilidad de catéter.	- Efectuar observaciones en nota de enfermera.
	- Anotar fecha de colocación de catéter.

3.8 LIMPIEZA DE TRAQUEOSTOMÍA

3.8.1 Definición

Es la limpieza de la cánula y endocánula de la traqueostomía para facilitar su permeabilidad.

3.8.2

Objetivo

- Mantener libre las vías respiratorias
- Evitar que se produzcan laceraciones e irritaciones de la piel a nivel de la herida operatoria.
- Prevenir infecciones nosocomiales.

3.8.3

Principios

Científicos

- El organismo necesita de oxígeno para vivir.
- El orificio de la traqueostomía dificulta la comunicación verbal que es una necesidad del ser humano, esto aumenta la tensión del paciente.
- El aire que penetra en los alvéolos pulmonares llega en forma húmeda, tibia y limpia, función que cumple las vías respiratorias altas; cuando éstas se obstruyen se logra a través de una traqueostomía con la ayuda de una gasa húmeda.
- El moco secretado por los bronquios puede obstruir el orificio de la cánula de traqueostomía ocasionando graves problemas de respiración e irritación de la piel.

3.8.4

Equipo

Estéril	No estéril
- Equipo de curación	Respirador Eléctrico
- Suero fisiológico	Sonda de Succión
- Gasa envaselinada	Vasija arriñonada
- Hisopos	Frasco con agua
- jabón yodado	Cinta umbilical
- Torundas de gasa	Tijera – esparadrapo
-guantes estériles	Hisopos de cerda
	Frasco con solución

3.8.5 Pasos

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Identificar y orientar al paciente.	- No hacer procedimientos en horas de comida y visita.
- Aspirar mucosidades con sonda de succión, intrudiéndola 12 cms en cánula.	- Humedecer sonda y cerciorarse que no gotee. - Lave la sonda y colóquelo en solución de germicida
- Retire gasa en vaselina endocánula y se coloca en agua jabonosa	- Quite seguro de endocánula a cánula.
- Hacer limpieza de la superficie de cánula y herida con hisopos con jabón y suero fisiológico.	- Efectuar movimientos suaves.
- colocar gasa envaselinada y cambiar cinta umbilical	- Cerciorarse que no queden hilos de gasa que activen el reflejo tusígeno - Fijar cánula con cinta umbilical limpia antes de retirar la sucia.
- Cubrir cánula con gasa humedecida en suero fisiológico	- Humedezca gasa cada 2 horas.
- Lavar endocánula con agua y jabón haciéndole pasar un hisopo metálico que desprenda secreciones endurecidas.	- Después de lavada, desinfectar con solución antiséptica
- Introducir endocánula en la cánula de traqueostomía.	- Cerciorarse que endocánula está seca antes de colocarla de nuevo y colocar seguro.
Realizar cuidados posterior al equipo	
- Hacer anotaciones de enfermería.	- Anotar reacciones de la paciente.

3.9 **TECNICA DE CURACIÓN HÚMEDA**

3.9.1 **Definición**

- Es la instilación constante de una solución por un periodo determinado sobre la herida operatoria infectada.



Objetivo

- Limpiar y favorecer la cicatrización de una herida infectada.



Principios

Científicos

- El goteo constante de líquido sobre una zona ablanda y desprende la materia muerta.
- El individuo suele ser sensible a los olores desagradables, la discreción; proporciona una mejor comodidad para el paciente.
- Los tratamientos prolongados que requieren una sola posición limitan algunas funciones normales del organismo.
- La concentración inadecuada de un medicamento en una curación húmeda daña los tejidos.
- La humedad en periodos prolongados facilita la proliferación de bacterias.
- Las vías aéreas albergan gérmenes que pueden pasar hacia la herida expuesta.
- La piel tiene terminación nerviosa; una herida superficial puede ser muy dolorosa.
- El paciente que sabe su tratamiento está menos ansiosa y colabora más.



Equipo

Estéril	No estéril
Equipo de escudilla	Tijeras
Torundas de gasa	Esparadrapo
Curación	Vasija para desechos
Pinzas de transferencia	Gigante
Guantes	Pato
Frasco gotero con solución indica	Impermeable y sábana clínica
Suero fisiológico	Bata y mascarilla
Equipo de aseo vulvar	Bolsa para desechos contaminantes
Si la curación es en la región genital.	



Pasos

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Prepara solución indicada	- Que la solución sea la indicada por el médico y verificar la concentración.
- Lavarse las manos y colocarse bata y mascarilla.	
- Llevar equipo al cuarto e identificar y orientar al paciente	- No curar en horas de visita y alimentación. - Usar equipo de escudilla individual. - Explicar al paciente que el tratamiento es prolongado y llevarlo al servicio o vaciar vejiga e intestino. - Dar privacidad a la paciente.
- Colocar impermeable con cubierta debajo de la zona que se va a curar.	
- Retirar apósitos sucios usando guantes.	- No tocar vendaje ni herida con las manos - Desprender esparadrapo cuidadosamente. - Si el apósito está adherido humedecer con suero fisiológico. - Observar color, olor y cantidad de secreciones. - Colocar el apósito con lo sucio hacia abajo en bolsa descartable para desechos contaminados y retirarse guantes.
- Efectuar curación de herida operatoria.	
- Lavarse las manos y colocarse guantes.	
- Colocar apósitos estériles y cuenta gotas con esparadrapos.	- Proteger extremo del cuenta gotas con torunda estéril y colocarlo en el borde superior de la herida. Regular goteo de solución a 40 gotas.
- Al finalizar goteo efectuar curación de herida operatoria y colocar apósitos estériles.	- Fijar con esparadrapo si piel presentara laceración colocar tintura de Benjuí. - Cambiar ropa de cama. - Dejar paciente cómoda.
- Hacer anotaciones	

3.10 **TECNICA DE DESINFECCION Y MANTENIMIENTO DEL EQUIPO DE TERAPIA RESPIRATORIA**

3.10.1 **Objetivo**

- Prevenir infecciones cruzadas del tracto respiratorio



Equipo a desinfectar

- Laringoscopio
- Cánula Mayo
- Mascarilla de ventura o reservorio
- Tubos endotraqueales
- Ambú
- Tubos para oxígeno
- Bigotera
- Nebulizador
- Humidificador
- Adaptadores de tubo endotraqueal
- Piezas en "T"
- Sondas de aspirar
- Frasco de aspirar
- Tigones

Equipo a Desinfectar

- Solución a utilizar
- Lejía diluida al x 1000
- Acido acético al 10 x 1000
- Agua estéril
- Huacales Plásticos
- Huacales acero inoxidable



Pasos

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Colocarse guantes y retirar equipo contaminado	Evitar riesgo de Trasmisión de Microorganismos patógenos
- Depositarlo en huacal con lejía al 100x1000 durante 30 minutos.	Facilitar la destrucción de agentes patogenos
- Lavar con abundante agua y jabón el material.	Remover la suciedad.
- Secar cuidadosamente el material y tubos corrugados colocarlos al aire libre.	Para asegurar una adecuada desinfección del material, librandolo de la humedad.
- colocarlo en huacal con desinfectante de alto nivel durante 30 minutos el material.	Eliminar microorganismos Patógenos
- Colocarse mascarilla y guantes	Evitar contaminar el material con gotitas de saliva y transpiración.
- Pasar material por agua estéril usando pinza de transferencia.	Eliminar los residuos del desinfectante , sin contaminarlo.
- Colocar en campo estéril material	Facilitar su escurrimiento.
- Verificar que material esté completamente seco	
- Empacar material en bolsa transparente y/o campos estériles.	Evitar que se contamine.
- Rotular material con fecha de preparación	Tener una fecha de control del periodo de desinfección.
- Almacenarlo en lugar adecuado para material estéril.	Asegurar el uso de material estéril.



mantenimiento de equipo

Recomendaciones para

- Cambiar las conexiones de O₂ humidificadores tigones para aspirar c/12 horas.
- Lavar frasco de aspirar cada vez que sea necesario o cada 12 horas como mínimo
- Cambiar equipo de aspirar y sondas en cada procedimiento
- Si abre una bolsa de material y no la utiliza después de 24 horas de abierto, repetir procedimiento de desinfección.
- Recuerde que si cuenta con el material disponible podrá proporcionar el cuidado oportuno a la paciente, evitando mayores esfuerzos.

3.11 **LIMPIEZA DE INCUBADORA**

3.11.1 **Definición**

- Limpiar incubadora por medios físicos y químicos para mantenerla limpia y desinfectada.

3.11.2 **Objetivos**

- Limpiar la incubadora para prevenir infecciones nosocomiales.

3.11.3 **Principios Científicos**

- El jabón y el agua al frotarlos en una superficie arrastra suciedad por lo que al final del proceso se obtiene un equipo limpio.
- Los germicidas inhiben el crecimiento de las bacterias.

3.11.4 **Equipo**

- Hisopos metálicos
- Vasija pequeña
- Huacales (uno grande, dos medianos)
- Jabón germicida
- Pañales limpios
- Mesa
- Solución germicida
- Lejía
- Guantes

3.11.5 **Pasos**

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Desconectar incubadora, retirar oxígeno, diafragmas y ropa si la hubiera.	- Si hay niño en incubadora trasladarlo a otra.
- Sacar accesorios móviles (colchón, empaques, diafragmas, bandeja) y limpiarlos con jabón y agua y luego aplicar solución antiséptica.	- Usar hisopos metálicos y paños limpios.
- Limpiar con jabón y agua la base y el plexiglase, secar y luego pasar película de solución antiséptica.	- Asegurarse que el paño a usar esté limpio, libre de imperdibles, botones y otros objetos punzantes. - Comenzar a limpiar plexiglase de adentro hacia fuera.
- Revisar filtro ventilador si está en buenas condiciones.	- Reportar para su cambio al Departamento de Biomédica, si está deteriorado.
- Colocar fecha de limpieza y firma de responsable	

3.12 **TECNICA DE ESTERILIZACION DE MATERIAL**

3.12.1 **Definición**

- Es el proceso de la destrucción total de todos los microorganismos vivos, incluyendo esporas.

3.12.2 **Objetivo**

- Garantizar la calidad de la esterilización de los equipos y materiales que se proveen a las unidades consumidoras.

3.12.3 **Principios**

Microbiología

La destrucción de todos los microorganismos puede llevarse a cabo mediante el autoclave, gases, radiaciones, ebullición prolongada y el calor seco, lo cual dependerá del tipo de microorganismos a destruir.

Físico

La esterilización por calor tiende a coagular las proteínas cociendo la mugre firmemente sobre la superficie.

Química

Los agentes químicos usados para destruir bacterias peligrosas se conocen como desinfectantes, porque el contacto puede ser suficientemente prolongado y las superficies ser lo suficientemente lisas para permitir la penetración y hacer posible la destrucción de la mayoría de los microorganismos.

CAPITULO IV

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

2. ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR VIA ORAL.

2.1 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA SUBLINGUAL.



Generalidades.

Es una vía de administración segura, no rompe la barrera de la piel por lo que no causa mucho estrés. El efecto puede ser local; su absorción es rápida hacia la sangre ya que no pasa por el hígado, asegurando mayor potencia. No deberá deglutirse para lograr el efecto deseado.



Definición.

Es la colocación de un medicamento debajo de la lengua donde en un periodo corto de tiempo se disuelve y absorbe rápidamente por la mucosa hacia los vasos sanguíneos de esta región.



Objetivo.

- Asegurar un efecto rápido del medicamento.



Equipo.

- ◆ Una bandeja conteniendo:
 - Tarjeta o receta del medicamento.
 - Medicamento.
 - 1 copa graduada.
 - 1 gotero.
 - 1 trozos de papel higiénico.
 - 1 bajalengua
 -
- ◆ Depósito con agua jabonosa
- ◆ Depósito para desechos comunes.



Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Identificar al usuario según registro y la prescripción médica en la tarjeta o receta.	- La comprensión y aclaración del contenido de la prescripción médica evita errores en la aplicación del medicamento.
- Lávese las manos.	- Evita infecciones cruzadas.
- Tome el frasco del medicamento y compárelo con la tarjeta o receta.	- La identificación del medicamento evita errores en la administración de éstos.
- Destape el frasco del medicamento y coloque la tapa con los bordes hacia arriba.	- Evita la contaminación de la parte interna de la tapa.
- En caso de tableta o cápsula, deslícela en la tapa del frasco y póngala en el vaso graduado sin tocar el medicamento.	- Evita la contaminación del medicamento.
- En caso de líquido, agite el frasco.	- Asegura la homogeneidad del líquido. Generalmente la presentación de este tipo de medicamentos está en un frasco con goteo.
- Identifique nuevamente al usuario, preguntándole su nombre.	- Evita errores.
- Explique el procedimiento y aspectos importantes del medicamento a administrar.	- Tranquiliza al usuario (a) permite su colaboración. Facilita su aprendizaje para que lo realice en el hogar.
- Proporcione el medicamento verificando nuevamente su nombre.	- Asegurar que el medicamento es el indicado.
- Solicite al usuario que se coloque el medicamento por debajo de la lengua, explique que no debe ingerirlo.	- Evita la absorción inadecuada del medicamento. No administrar agua.
- Observar si presenta alguna reacción al medicamento.	Vigilancia continua posterior al cumplimiento del medicamento ya que el medicamento sublingual se absorbe rápidamente
- Realizar cuidado posterior del equipo y dejarlo en orden.	- Permite mantener el equipo en condiciones favorables.
- Hacer los registros de enfermería correspondientes (elaborar notas si es necesario).	- Permite seguimiento sistemático y oportuno del usuario. - Informar la como educación al usuario.

2.2 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA BUCAL.



- Es la colocación de un medicamento sólido en la boca contra la mucosa de la mejilla hasta que se disuelva.

Definición.



- Obtener un efecto rápido del medicamento en un periodo corto.

Objetivo.



- ◆ Bandeja conteniendo:
 - Tarjeta o receta del medicamento.
 - Medicamento.
 - 1 copa graduada.
 - 1 gotero.
 - Trozos de papel higiénico.
- ◆ Depósito con agua jabonosa.
- ◆ Depósito para desechos comunes.

Equipo.



Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Identificar al usuario según registro y la prescripción médica en la tarjeta o receta.	- La comprensión y aclaración del contenido de la prescripción médica evita errores en la aplicación del medicamento.
- Lávese las manos.	- Evita infecciones cruzadas.
- Tome el frasco del medicamento y compárelo con la tarjeta o receta.	- La identificación del medicamento evita errores en la administración de éstos.
- Destape el frasco del medicamento y coloque la tapa con los bordes hacia arriba.	- Evita la contaminación de la parte interna de la tapa.
- En caso de tableta o cápsula, deslícela en la tapa del frasco y póngala en el vaso graduado sin tocar el medicamento.	- Evita la contaminación del medicamento.
- En caso de líquido, agite el frasco.	- Asegura la homogeneidad del líquido. Generalmente la presentación de este tipo de medicamentos está en un frasco con goteo.
- Identifique nuevamente al usuario, preguntándole su nombre.	- Evita errores.
- Explique el procedimiento y aspectos importantes del medicamento a administrar.	- Tranquiliza al usuario (a) permite su colaboración. Facilita su aprendizaje para que lo realice en el hogar.
- Administre el medicamento verificando nuevamente su nombre.	
- Solicite al usuario que se coloque el medicamento entre los dientes superiores y la mejilla hasta disolverlo, no debe ingerirlo ni masticarlo.	- Evita la absorción inadecuada del medicamento. No administrar agua.
- Observar si presenta alguna reacción al medicamento	- Vigilancia continua posterior al cumplimiento del medicamento
- Realizar cuidado posterior del equipo y dejarlo en orden.	- Permite mantener el equipo en condiciones favorables.
- Hacer los registros de enfermería correspondientes (elaborar notas).	- Permite seguimiento sistemático y oportuno del usuario. - Informar la educación al usuario.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ORAL.



- Es la administración de fármacos líquidos o sólidos para ser absorbidos por vía gastrointestinal.

Definición.



- Administrar medicamentos con fines preventivos, de diagnóstico y terapéutico por una vía segura, económica y conveniente para el usuario.

Objetivo.



- ◆ Bandeja conteniendo:
 - Ταρφετα δε μεδιχαμεντοσ
 - Medicamento.
 - 1 copa graduada, 1 cuchara, 1 cucharadita estándar, jeringas.
 - 1 gotero.
 - 1 vaso o cono descartable.
- ◆ Recipiente con agua potable.
- ◆ Depósito con agua jabonosa.
- ◆ Depósito para desechos comunes.
- ◆ Trozos de papel higiénico.
- ◆ Frasco conteniendo bajalenguas.
- ◆ Mortero.

Equipo.



Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Identificar al usuario según registro y la prescripción médica en la tarjeta o receta.	- La comprensión y aclaración del contenido de la prescripción médica evita errores en la aplicación del medicamento.
- Lávese las manos.	- Evita infecciones cruzadas.
- Tome el frasco del medicamento y compárelo con la tarjeta o receta.	- La identificación del medicamento evita errores en la administración de éstos.
- Destape el frasco del medicamento y coloque la tapa con los bordes hacia arriba.	- Evita la contaminación de la parte interna de la tapa.
- En caso de tableta o cápsula, deslícela en la tapa del frasco y colóquela en la copa graduada sin tocar el medicamento.	- Evita la contaminación del medicamento.
- En caso de líquido, agite el frasco.	- Asegura la homogeneidad del líquido.
- Ponga a nivel de los ojos el frasco de medicamento y la copa graduada.	- Asegurar la medición exacta del medicamento y evita su desperdicio.
- Vierta le líquido en el vaso, protegiendo la etiqueta.	- Evita humedecer la etiqueta y su deterioro.
- Limpie el cuello del frasco si es necesario y coloque la tapa.	- Mantiene la limpieza del frasco.
- Regrese el frasco a su lugar verificando la etiqueta.	- Asegurar que el medicamento servido es el adecuado y esta ordenado.
- Identifique nuevamente al usuario, preguntándole su nombre.	- Evita errores de identificación.
- Explique el procedimiento y aspectos importantes del medicamento a administrar.	- Orientando al usuario le permite su colaboración.
- Solicite al usuario que tome una posición cómoda, según su estado.	- Facilita la deglución del medicamento.
- Proporcione el medicamento verificando nuevamente su nombre.	- Asegure que el medicamento se administre a la persona correcta para evitar errores.
- Proporcione al usuario un vaso de agua.	- Los líquidos ayudan a la deglución de los medicamentos porque disuelven la droga y hacen más rápida su absorción gastrointestinal.
- Verificar que el usuario haya deglutido el medicamento.	- Es responsabilidad de la enfermera verificar que el usuario tome su medicamento.
- Observar si presenta alguna reacción al medicamento	- Vigilancia continua posterior al cumplimiento de medicamento
- Realizar cuidado posterior del equipo y dejarlo en orden.	- Protege el equipo y evita su deterioro.
- Hacer los registros de enfermería correspondientes (elaborar notas de enfermería si es necesario).	- Permite el seguimiento sistemático y oportuno de la atención del usuario. Registrar las acciones de enfermería, orientación y educación.

3. ADMINISTRACION TOPICA DE MEDICAMENTOS.

3.1 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA DERMATOLÓGICA.

3.1.1 Definición.

Es el proceso mediante el cual se aplican medicamentos en estado líquido o semisólido para ser absorbidos por la piel.

3.1.2 Objetivos.

- Proporcionar un efecto a nivel local con escaso efectos secundarios.

3.1.3 Equipo.

- ◆ Receta o medicación.
- ◆ Medicamento (frasco, tubo, etc.).
- ◆ Guantes
- ◆ Bajalengua.
- ◆ Gasa estéril (si es necesario).

3.1.4 Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Identificar al usuario. - Verificar el medicamento según indicación medica y viñeta del frasco o tubo.	- Evitar errores asegurando el medicamento y usuarios (a) correcto.
- Orientar al usuario sobre: α Οριενταρ ☞ Efectos esperados y colaterales del medicamento.	- Que el usuario conozca su tratamiento y los efectos del mismo.
-.	
- Lavarse las manos antes y después de la aplicación del medicamento. -Colocarse guantes esteriles	- Evitar infecciones sobreagregada
- Realizar limpieza del área donde se aplicará medicamento.	- Eliminar residuos en el sitio de aplicación del medicamento y asegurar su absorción.
- En caso de ungüento: a- Aplicar medicamento y distribuirlo uniformemente.	- Lograr mayor absorción.
- Aplicación de líquidos (loción): α- Agitar antes de usarlas. .	- Distribución uniforme del medicamento sobre la piel y evitar el desperdicio.
- Linimento: a- Frotar sobre la piel con las manos utilizando movimientos largos y suaves.	- Facilita la absorción.
- Orientar al usuario sobre: a- La importancia de la aplicación continua del medicamento, según prescripción médica. b- Su próxima cita. c- La consulta inmediata en caso de reacciones adversas al medicamento.	- Asegurar el tratamiento del usuario. - Contribuir en la recuperación o curación del usuario. - Dar seguimiento al caso. - Recibir atención oportuna.

3.1.5 Puntos de Enseñanza.

- ♥ Limpiar y afeitar la zona afectada antes de administrar la medicación si es necesario.
- ♥ Si hubiere lesiones sangrantes que aparecieron posteriormente a la consulta médica consultar nuevamente.
- ♥ Si aparecen signos como: calor, rubor, edema, prurito (que no estaban presentes antes de la medicación), suspender el tratamiento de inmediato y consultar nuevamente.

3.2 TÉCNICA DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA OFTÁLMICO POR IRRIGACIÓN.

3.2.1 Generalidades.

Las irrigaciones oculares son aquellas que se realizan en el ojo a través de una corriente de agua estéril, soluciones o medicamentos, con la finalidad de limpiar el saco conjuntival de materiales extraños, nocivos o secreciones excesivas.

3.2.2 Definición.

Aplicación de una corriente de solución medicamentosa o no, para limpiar el saco conjuntival de sustancias extrañas.

3.2.3 Objetivos.

Limpieza del ojo de materiales extraños nocivos.

Eliminar secreciones.

Aplicar sustancias con fines terapéuticos.

3.2.4 Equipo.

- Campo de tela estéril (preferentemente descartable impermeable).
- Vasija estéril (arriñonada).
- Torundas de algodón estériles.
- Solución Salina Normal para irrigación (60 a 240 ml.).
- Jeringa sin aguja estéril o irrigador ocular.

3.2.5 Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Lavarse las manos.	- Elimina microorganismos.
- Preparar el equipo.	- Evita contaminación.
- Abrir el equipo con técnica estéril.	- Utilizando las técnicas de manejo de material estéril.
- Preparar la cantidad y tipo de solución a utilizar.	- Evita exponer el ojo a cantidades excesivas de la solución que pueden alterar la irrigación de las estructuras del ojo.
- Saludar e identificar al usuario (a).	- Le da confianza y apoyo.
- Explicar y orientar al usuario (a) sobre el procedimiento.	- Facilita su cooperación y disminuye el temor.
- Pedir al usuario (a) que se siente o acueste en el canapé (si es niño orientar al acompañante y prevenir movimientos bruscos).	- Da seguridad y comodidad durante el procedimiento.
- Colocarse los guantes.	- Protege al usuario y personal que lo atiende.
- Explorar el ojo (conjuntiva y cornea) para identificar su estado.	- Identificar coloración, lesiones, hemorragia (si hay lesiones referir al especialista).
	- Identificar las características de la secreción.
- Colocar al lado del ojo afectado el campo estéril (entre la cabeza y el canapé sobre el hombro)	- Aísla la vasija de la superficie del canapé.
- Colocar la vasija arriñonada sobre el campo.	- Evita mojar el área y contaminarla.
- Solicitar al usuario (a) que incline la cabeza sobre ese lado.	- Facilita el recorrido del líquido sobre la estructura ocular y el arrastre del material extraño.
- Exponer el saco conjuntival inferior, separando los párpados con los dedos pulgar e índice (ver figura). (se puede irrigar por partes primero el párpado inferior y luego el superior).	- Evita el reflejo del parpadeo.
- Irrigar con la jeringa sostenida a unos 2.5 cm. por encima del ojo (solución salina normal).	- Evita dañar el ojo por la presión directa y el contacto con los tejidos.
- Irrigar el ojo desde el saco conjuntival inferior, desde el ángulo interno al externo, dirigiendo la solución hacia el saco conjuntival inferior.	- Evita posibles daños a la córnea y previene que el líquido y la contaminación corran hacia el conducto nasolagrimal
- Irrigar hasta que la solución salga clara o hasta eliminar las secreciones.	- Facilita el arrastre de las secreciones y los líquidos acumulados.
- Solicite al usuario (a) que abra y cierre los ojos.	- Deja limpio el ojo.
- Secar alrededor del ojo con torunda seca.	- Evita lesionar los tejidos si se hace con gasa.
- Colocar sello, si está indicado evitando la presión sobre el ojo.	- Disminuye el dolor y evita la fotofobia.
- Orientar al usuario (a) sobre cuidados en el hogar.	- Prevenir complicaciones y contribuir a su recuperación.
- Retire el equipo.	- Contribuye a mantener el orden.
- Realice disposición de los desechos según norma.	- Evita contaminación del medio ambiente.
- Realice cuidado posterior del equipo según norma.	
- Retírese los guantes lávese las manos.	- Previene infecciones cruzadas.
- Realice los registros necesarios.	- Dar seguimiento al usuario a.
	- Informar actividades realizadas.

3.3 TÉCNICA DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA OFTÁLMICO POR INSTILACIÓN.

3.3.1 Generalidades.

- La instilación es la aplicación gota a gota de una solución medicamentosa en el ojo. Con propósitos terapéuticos, de diagnóstico o prevención de complicaciones (usuario inconsciente).
- Siendo la estructura ocular tan sensible a irrigación y lesiones, su manipulación debe ser precisa y estricta, con relación a la medicación y los principios de asepsia.
- La infección localizada en uno de los ojos puede ser transmitida al otro, si no se toman las medidas necesarias. La contaminación severa en la córnea o conjuntiva ocular puede producir infección en los elementos internos y llevar a la pérdida de la visión.
- La sensibilidad del organismo hacia un antibiótico puede causar reacciones anafilácticas incluso por aplicación local en el ojo.

3.3.2 Definición.

Es la aplicación gota a gota de un medicamento en la conjuntiva del ojo.

3.3.3 Objetivos.

- ♣ Aplicar medicamento en la mucosa del ojo para efectos terapéuticos, de diagnóstico o prevención de sequedad en la córnea.

3.3.4 Equipo.

- ◆ Guantes estériles.
- ◆ Torundas estériles.
- ◆ Medicamento indicado.
- ◆ Solución salina (agua estéril).
- ◆ Torundas de gasa y esparadrapo antialérgicos (micropore) para sello, si es necesario.

3.3.5 Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Lavarse las manos.	- Elimina microorganismos.
- Preparar el equipo.	- Evita contratiempos y contaminación.
- Abrir el equipo, utilizando técnica de manejo de material estéril.	- Evita contaminación.
- Preparar el medicamento: ◆ Frasco correspondiente con gotero. ◆ Pomada.	- Permite tener accesible el medicamento.
- Saludar e identificar al usuario (a).	- Le da confianza y apoyo.
- Explicar y orientar al usuario (a) sobre el procedimiento.	- Facilita su cooperación y disminuye el temor.
- Pedir al usuario (a) que se acueste en el canapé (si es niño orientar al acompañante y prevenir movimientos bruscos).	- Da seguridad y comodidad durante el procedimiento.
- Colocarse los guantes.	- Protege al usuario y operador de contaminación.
- Explorar el ojo (conjuntiva y córnea) para identificar su estado.	- Identificar coloración, lesiones, hemorragia. (Si presentara lesiones en la córnea referir a especialista). - Identificar las características de la secreción.
- Solicitar al usuario (a) que levante la cara un poco.	
- Exponer el saco conjuntival inferior, separando los párpados con los dedos pulgar e índice (ver figura 23).	- Evita el reflejo del parpadeo.
- Retirar secreciones con una torunda de algodón humedecida con solución salina o agua estéril, desde el ángulo interno al externo.	- Facilita la aplicación del medicamento.
- Limpiar con torunda seca.	- Elimina humedad.
- Sosteniendo la pomada o frasco con gotero, colocar la mano sobre la frente del usuario (a).	- Previene una lesión accidental en el ojo.
- Solicitar al usuario (a) que mire hacia arriba.	- Evita el reflejo corneano
- Aplicar el número de gotas indicado, o la pomada desde el ángulo interno hacia el externo.	- Permite que el medicamento se absorba en el saco conjuntival. - Evita la contaminación del gotero.
- Colocar sello si esta indicado evitando la presión sobre el ojo.	- Disminuye el dolor y evita la fotofobia.
- Orientar al usuario (a) sobre cuidados en el hogar.	- Prevenir complicaciones. - Contribuir en su recuperación.
- Retire el equipo.	- Contribuye a mantener el orden.
- Realice disposición de los desechos según norma.	- Evita contaminación del medio ambiente.
- Realice cuidado posterior del equipo según normas.	- Previene infecciones cruzadas.
- Retírese los guantes y lávese las manos.	

- Realice los registros necesarios.	- Dar seguimiento al usuario (a). - Informar actividades realizadas.
-------------------------------------	---

4. ADMINSTRACION PARENTERAL DE MEDICAMENTOS.

4.1 GENERALIDADES.

Los medicamentos parenterales se administran por vía subcutánea, intradérmica, intramuscular o intravenosa. Una vez inyectados ya no se puede parar su acción y se absorbe más rápidamente que la oral. Por esta razón su administración ha de ser precisa, cuidadosa y con habilidad de parte de la enfermera.

Se hace necesario tener conocimiento de lo siguiente, para ser administrado con seguridad:

- * Medicaciones previas (otros medicamentos que toma el usuario).
- * Alergias.
- * La edad del usuario, por ejemplo, existe diferencia en los sitios de inyección intramuscular entre los niños lactantes y los adultos. Los adultos mayores pueden presentar atrofia muscular.
- * La rotación de los sitios de inyección cuando la medicación es constante (insulina).
- * El conocimiento del usuario sobre la medicación y la necesidad de instrucción.
- * La capacidad del usuario para cooperar durante la medicación.

4.2 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA SUBCUTÁNEA.

Generalidades.

El tejido subcutáneo, es un tejido conjuntivo laxo, con un mínimo de receptores al dolor, que se encuentra bajo la dermis. Tienen una irrigación menor que la del tejido muscular, por lo que la absorción del medicamento es más lenta que la vía Intramuscular. Es importante que la piel y el tejido celular subcutáneo se encuentre libre de inflamación o ulceración para que la absorción del medicamento se realice sin complicaciones.

El peso corporal de un cliente indica la profundidad de la capa cutánea, por lo que es importante seleccionar la longitud de la aguja y el ángulo de inserción (ver figura 24). Al administrar medicamentos por vía subcutánea, la dosis debe ser pequeña de 0.1 cc a 1.00 cc., de medicamentos hidrosolubles; porque el tejido es sensible a las soluciones irritantes y a grandes volúmenes de medicamentos, que pueden provocar abscesos estériles; que aparecen en forma de nódulos endurecidos bajo la piel.

Figura 24. Estructura de la piel y ángulo
Para la inyección subcutánea.

Para reducir la ansiedad e incomodidad del usuario, es importante que el personal de enfermería prepare el material adecuado con anticipación, coloque al cliente en un lugar cómodo y privado estableciendo con él una conversación para distraerlo. Y aplique el medicamento en forma lenta y segura.

También es importante establecer un plan definido de zonas de inyección para prevenir una fibrosis ocasionada por la punción frecuente.

Existen diferentes sitios en los que se puede administrar medicamentos por vía subcutánea, estos son:

- * Cara superior externa de la mitad superior del brazo.
- * Abdomen desde debajo del borde costal hasta las crestas ilíacas.
- * Cara anterior de los muslos.
- * Regiones escapulares de la parte superior de la espalda.
- * Regiones glúteas superiores ventrales o dorsales (ver figura).

Figura 25. Sitios de inyección subcutánea.

Definición.

Es la administración de una sustancia inyectable en el tejido celular subcutáneo.

Objetivos.

- Introducir al organismo medicamentos o vacunas de una absorción lenta.

Equipo.

- * Carro o bandeja conteniendo:
- * Lapicero.
- * Bolsa negra para desechos comunes.
- * Bolsa roja para depositar los desechos peligrosos.
- * Recipiente para los desechos de vidrio.
- * Guantes no estériles.

Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Lavarse las manos.	- Reduce la transmisión de microorganismos.
- Preparar el material y equipo necesario.	- Evita pérdida de tiempo.
- Identificar al usuario con sus respectiva tarjeta o receta.	- Cerciorarse de la identidad del usuario.
- Proporcionar privacidad.	- Da comodidad y seguridad al usuario.
- Explicar el procedimiento al usuario.	- Reduce ansiedad.
- Colocar al usuario de tal forma que los brazos, piernas y abdomen, o según zona elegida se encuentre relajada.	- Permite que los músculos se relajen para disminuir molestias.
- Elegir el sitio de inyección adecuado, teniendo el cuidado de que la piel no tenga dureza, edema, cicatrices quirúrgicas e inflamación.	- Evita alterar la absorción del medicamento.

- Colocarse guantes.	- Evita el contacto directo con los líquidos corporales.
- Retirar el capuchón de la aguja y evitar tocarla con el borde exterior del capuchón.	- Al evitar que la aguja toque los lados del capuchón se previene la contaminación.
- Servir el medicamento previa asepsia del frasco, aplicando los "5 correctos".	- Reduce la transferencia de microorganismos y disminuye la posibilidad de administrar un fármaco equivocado.
- Efectuar limpieza de la zona a inyectar con un algodón impregnado de alcohol al 70% del centro a la periferia en un área de 5 cm. dejando que se seque y descartar el algodón.	- La acción mecánica del tratamiento elimina las secreciones de la piel que contiene microorganismos. Al efectuar la limpieza del centro a la periferia evita que se contamine nuevamente.
- Tomar un nuevo algodón y sujetarlo entre el 3° y 4° dedo de la mano contraria.	- Permite que el algodón esté disponible cuando se retire la aguja.
- Expulsar cualquier burbuja de aire de la jeringa hasta que observe una gota de la solución en el bisel de la aguja.	- Esto disminuye el riesgo de formación de zonas endurecidas.
- Insertar la aguja previo retiro de capuchón en un ángulo de 45° de forma lenta y suave.	- Facilita la inyección en el tejido celular subcutáneo.
- Aspirar e infiltrar el medicamento lentamente.	- El aspirar y administrar un medicamento por vía subcutánea directamente al torrente sanguíneo puede ser peligroso pues está indicado para tejido subcutáneo, donde el tiempo de absorción es mayor.
- Retirar la aguja en forma rápida, teniendo el cuidado de hacerlo en el mismo ángulo que se introdujo.	- Previene un daño tisular.
- Hacer presión suave con algodón en área de inyección.	- La presión permite incrementar la circulación en los tejidos favoreciendo la absorción.
- Descartar el material en los recipientes según lineamientos establecidos.	- El manejo adecuado de los desechos evita accidentes y contaminación.
- Retirar el equipo, dejándolo limpio y ordenado.	- Permite mantener disponibilidad en el momento de ser utilizado nuevamente.
- Orientar al paciente sobre la importancia de cumplir con el tratamiento indicado.	- Permite la aceptación de su tratamiento.
- Retirarse los guantes descartarlos y lavarse las manos.	- Reduce la transferencia de microorganismos.
- Efectuar anotaciones correspondiente según protocolo de la institución.	- Informar el cumplimiento del tratamiento, las intervenciones de enfermería.

Puntos Importantes:

- * No se hace masaje en el caso que el medicamento administrado sea insulina u otro medicamento en el cual esté contraindicado según las indicaciones del fármaco.
- * Si se aplica inyecciones con frecuencia, rotar los sitios de inyección.
- * No aplicar en la región glútea dorsal puede ser peligrosa, debido a la posibilidad de dañar el nervio ciático.
- * Elegir con cuidado la longitud de la aguja para evitar inyecciones dolorosas y traumatismo sobre el músculo.
- * El peso corporal de un cliente indica la profundidad de la capa de tejido celular subcutáneo. Por eso la enfermera (o) debe escoger longitud de la aguja y el ángulo de inserción basándose en el peso.
- * En pacientes obesos el ángulo de inserción será de 90° no de 45°.
- * En pacientes con peso normal el ángulo de inserción es de 45°.

4.3 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRADÉRMICA.

Generalidades.

La piel en un órgano delgado compuesto de dos capas principales, una externa muy fina llamada Epidermis y otra capa interna llamada Dermis (ver dibujo).

La dermis es una capa de tejido conjuntivo denso y vascular con más de 4 cm. de grosor en algunas partes del cuerpo, esta capa tiene una función protectora y constituye una zona de almacenamiento de agua y electrolitos, posee una red de terminaciones nerviosas que actúan procesando información sensitiva como dolor, presión, tacto y temperatura.

Las inyecciones intradérmicas se aplican en la capa dérmica donde la solución se absorbe lentamente, debido a la escasa irrigación sanguínea, produciendo inmediatamente una reacción tisular local; si esta solución entrara en la circulación en forma rápida, el usuario puede presentar reacción anafiláctica (dificultad respiratoria, sudación, desfallecimiento, disminución de la presión arterial, náuseas, vómitos y cianosis).

En la dermis se pueden aplicar las siguientes vacunas: B.C.G. (Bacilo Calmette Guérán), P.P.D. (Prueba de Tuberculina), Prueba de sensibilidad para ciertos antibióticos; tomando en cuenta el calibre de la aguja, peso, edad, estado nutricional, sitios del cuerpo donde puede ser aplicada, reacciones y estado inmunológico del usuario.

El sitio de aplicación más frecuente es la cara interna de antebrazo y en la zona alta de la espalda; estos puntos deben estar sin lesiones, poco cubiertas de pelos y con poco acumulo de grasa (figuras).

Definición.

- ☼ Es la administración de una cantidad mínima (0.01 ml.) de solución dentro de la dermis, que se absorbe de forma lenta y local.

Objetivos.

- 1- Administrar vacunas para inmunizar o insensibilizar.
- 2- Aplicar una prueba diagnostica, para alergenos o para enfermedades especificas, produciendo efectos locales en lugar de generales.

Equipo.

- ♣ Carro o bandeja conteniendo
- ♣ Lapicero.
- ♣ Bolsa negra para desechos comunes.
- ♣ Bolsa roja para depositar los desechos peligrosos.
- ♣ Recipiente para los desechos de vidrio.
- ♣ Guantes no estériles.

Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Lávese las manos.	- Disminuye la transferencia de microorganismos.
- Preparar la medicación aplicando los 5 correctos.	- Reduce la posibilidad de un error en la aplicación del fármaco. Prepara el fármaco de manera apropiada a partir de la forma en la cual se los suministra.
- Identificar al usuario.	- Confirme la identidad del usuario, logra su tranquilidad y permite su colaboración.
- Explicar el procedimiento al usuario y/o la familia.	- Disminuir la ansiedad y favorecer la colaboración.
- Colocarse guantes.	- Previene el contacto directo con contaminantes del cuerpo.
- Seleccionar el antebrazo para la inyección, cuando las normas de la institución o las indicaciones médicas no especifiquen el sitio. Utilizar sitios alternativos (ver figuras 27 y 28).	- El antebrazo es el punto estándar de inicio para la aplicación de las inyecciones intradérmicas y la zona en la cual es menos probable que la grasa, interfiera en la administración y la absorción.
- Colocar al paciente en posición cómoda, con el sitio de inyección seleccionado de manera accesible (por ejemplo el antebrazo hacia arriba).	- Da acceso a la zona de inyección.
- Limpiar el área seleccionada con algodón y alcohol en forma rotativa del centro a la periferia. - Retirar el capuchón de la aguja. - Colocar la mano no dominante por debajo del sitio de inyección y estirar la piel hacia abajo (hacia la mano).	- Reduce los microorganismos en el sitio de punción.
- Con el bisel de la aguja hacia arriba y utilizando la mano	- Facilita la aplicación de la técnica correcta.

dominante, insertar la aguja inmediatamente debajo de la piel en un ángulo de 10 a 15 grados.	
- Una vez que se ha penetrado la piel, avanzar la aguja con el bisel hacia arriba unos 3 a 5 mm.	- El introducir la aguja los milímetros necesarios, previene la pérdida de medicación por el orificio de incisión.
- Inyectar el fármaco con lentitud y suavidad, mientras observa la formación de la pápula (una mancha sobreelevada), que debe estar presente y se absorberá de 10 a 30 minutos.	- Al inyectar en forma lenta, permite la interrupción de ésta en el caso de reacción alérgica. - La aparición de la pápula confirma la administración correcta del medicamento.
- Espere unos segundos y luego retire la aguja en le mismo ángulo.	- Permite la difusión del medicamento y previene la laceración de la piel.
- Retirar con suavidad la sangre si surgiera del sitio de inserción, frotando levemente con algodón seco.	- Limpia la zona al mismo tiempo que evita empujar la medicación hacia fuera.
- Observar la piel para detectar enrojecimiento y tumefacción. Cuando se trata de una prueba de sensibilidad (alergia, observe el área donde inyectó y el estado general, por el posible desarrollo de una reacción sistémica (dificultad respiratoria, sudoración, desfallecimiento, disminución de la presión arterial, náuseas, vómitos y cianosis).	- Este parámetro nos ayuda a realizar una evaluación visual para detectar una reacción local o sistémica.
- Evaluar al usuario y el sitio de inyección al cabo de 5 a 15 minutos y luego en forma periódica durante su estadía en el establecimiento de salud.	- Detectar y reportar la presencia de una reacción posterior en forma oportuna.
- Colocar sobre la bandeja la aguja con capuchón según técnica.	- Previene pinchazos con la aguja.
- Marcar una circunferencia de 2.5 cm. alrededor de la pápula explicándole al usuario que no frote la zona y no borre la marca.	- Sirve como guía para la localización y reevaluación posterior de la zona.
- Dejar a usuario cómodo.	- Promueve el bienestar.
- Descartar el equipo de manera apropiada.	- Permite mantener un medio limpio y organizado.
- Lávese las manos.	- Disminuir la transferencia de microorganismos.
- Hacer las anotaciones correspondientes.	- Permite el seguimiento sistemático y oportuno de la atención al usuario.

Acciones en Casos Especiales:

- Orientar al usuario (a) sobre:
 - ♣ No tocar, rasgar o limpiar el área de aplicación de la inyección.
 - ♣ Si es prueba de tuberculina deberá ser leída en el periodo de 3 48 a 72 horas.
 - ♣ Al presentar reacción local (enrojecimiento presencia de pústula) consulte al establecimiento de salud más cercano.

4.4 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRAMUSCULAR.

Generalidades.

Los músculos están formados por grupos de fibras musculares unidas por tejido conjuntivo que poseen inervación motora y sensitiva, así como una amplia red vascular. La introducción de medicamentos o productos biológicos al sitio de acción mediante punción en el tejido muscular, facilita la rapidez del efecto del medicamento. La velocidad de la absorción por la vía intramuscular es más rápida que por vía subcutánea debido a que del aporte de sangre a los músculos es mayor. Los músculos pueden admitir un mayor volumen de líquidos, sin molestias, aunque la cantidad difiere entre individuos, principalmente en función del tamaño y del estado del músculo.

Para las inyecciones intramusculares se utilizan diversas zonas del cuerpo. Los puntos que se utilizan con más frecuencia son los músculos ventroglútea, dorso-glútea, vasto externo, recto femorales y deltoides.

La zona ventroglútea o glútea ventral: Se utiliza preferentemente para inyecciones intramusculares; porque en esta región no hay grandes nervios ni vasos sanguíneos, y tiene menos grasa que la zona de las nalgas; además está más lejos de la zona rectal y tiende a estar menos contaminada. Esta zona se considera idónea para la aplicación de inyecciones en bebés, niños y usuarios adultos inmovilizados (figura 30).

◁ ZONA DORSOGLÚTEA O GLÚTEA DORSAL:

Está compuesta por los gruesos músculos glútea de las nalgas. Se puede utilizar en niños que tienen los músculos bien desarrollados. El punto de inyección se elige palpando la esquina ilíaca posterosuperior y después dibuja una línea imaginaria hasta el trocánter mayor del fémur.

Figura 31. Zona glútea dorsal de una inyección intramuscular.

◉ ZONA DEL VASTO EXTERNO:

El músculo vasto externo por lo general es grueso y está bien desarrollado tanto en adultos como en niños. Está situado en la cara anterolateral del muslo. Se aconseja como punto de inyección el tercio medio del muslo (figura 32).

Figura 32. Sitio de inyección intramuscular.

Figura 33. Un progenitor sujetando a un niño durante una inyección intramuscular.

◉ ZONA DEL RECTO FEMORAL:

El músculo recto del fémur, que corresponde al grupo de músculos del cuádriceps, se utiliza ocasional en los bebés, los niños y los adultos en caso de contraindicación en otras áreas (figura 34).

Figura 34. Músculo rectofemoral.

◉ ZONA DEL DELTOIDES:

El músculo Deltoides se encuentra en la cara externa de la parte superior del brazo, se recomienda su uso para inyección intramuscular en adultos y en niños mayores de 18 meses de edad; por ser un músculo relativamente pequeño, se considera una vía rápida de absorción (figura 35). Se localiza palpando el borde inferior del acromion y el punto medio de la cara lateral del brazo.

Figura 35. Deltoides, sitios de referencia para el punto de inyección.

Identificadas las áreas, seleccionamos el calibre de la aguja la cual depende de lo irritante, cantidad del fármaco, así como la cantidad de tejido adiposo del paciente.

La introducción lenta de una sustancia en tejido muscular, facilita su distribución.

La absorción por vía intramuscular se efectúa de 10 a 30 minutos dependiendo de la vascularización local.

Definición.

- Es una serie de pasos que permite la introducción de una sustancia química o biológica en el tejido muscular.

Objetivos.

- Lograr fines preventivos, diagnósticos o terapéuticos.

Equipo.

- ♥ Carro o bandeja conteniendo:
 - Jeringa de 3 y 5 ml, agujas calibre 21, 22 y 23 mm.
 - Medicamento.
 - Vasija con algodones secos.
 - Frasco con alcohol al 70% (si no es vacuna).
 - Sierra.
- ♥ Receta o tarjeta de medicación.
- ♥ Lapicero.
- ♥ Bolsa negra para desechos comunes.
- ♥ Bolsa roja para depositar los desechos peligrosos.
- ♥ Recipiente para los desechos de vidrio.

- ♥ Guantes no estériles.

Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Lavarse las manos.	- Para evitar infecciones cruzadas.
- Verificar la existencia de medicamento.	- Ahorra tiempo.
- Preparar el equipo a utilizar.	- Prevenir contratiempo y facilita la atención al usuario.
- Preparar los medicamentos aplicando los 5 correctos. - Identifique al usuario según tarjeta o receta. - Verificar dosis, fármaco y administración.	- Evita incurrir en errores.
- <u>En caso de frasco ampolla:</u> a- Retirar la cubierta metálica cuidadosamente. b- Realice asepsia frotando el hule directamente con algodón humedecido con alcohol. c- Descubra e inserte la aguja en el centro del tapón de goma con un ángulo ligeramente inclinado con el bisel hacia arriba. d- Aspirar la cantidad necesaria del medicamento del frasco.	- Aplicar la técnica correcta. - Facilita la preparación del medicamento y evita introducir microorganismos del ambiente externo. - Permite el acceso al líquido contenido en el frasco.
- <u>En caso de ampolla:</u> ☼☼ Efectuar los cálculos de dosificación si la cantidad de la ampolla difiere de la dosis necesaria. ☼☼ Sostener la ampolla y percutir el cuello con los dedos y con suavidad realizando un círculo completo en la ampolla rotando la muñeca. ☼☼ Colocar torunda humedecida con alcohol al medidor del cuello de la ampolla, sosteniéndola con los dedos de la mano no dominante y con un movimiento rápido y con el pulgar e índice de mano dominante romper la ampolla en su porción superior quebrándola lejos del cuerpo. ☼☼ Descartar de inmediato la porción superior de la ampolla en recipiente de material cortopunzante. ☼☼ Retirar el capuchón de la aguja y jeringa, no aspirar aire en la jeringa. ☼☼ Colocar la aguja en la ampolla sin tocar los bordes, aspirar la solución. ☼☼ Aspirar la cantidad necesaria. ☼☼ Descartar la ampolla de forma inmediata en el recipiente de material cortopunzante. ☼☼ Cambiar la aguja de la jeringa si se conoce que el fármaco preparado causa irritación de los tejidos.	- Determina la cantidad correcta de solución a administrar. - Desplazar la solución de la parte superior de la ampolla a la inferior. - Facilita la apertura de la ampolla y proporciona protección contra cortes entre los dedos. - Prevenir lesiones con los trozos de vidrio. - Prevenir lesiones con los bordes del vidrio. - Previene el desplazamiento accidental de la solución. - Mantener la esterilidad de la aguja. - Prevenir lesiones con los bordes de los vidrios. - Previene la irritación de los tejidos por fármacos que ha quedado dentro de aguja.
- Lávese las manos.	- Para eliminar gérmenes y material contaminante.
- Calzarse guantes si es necesario.	- Como medida de bioseguridad.
- Seleccionar el sitio de la inyección apropiado tomando en cuenta tamaño y edad del usuario.	- Elegir el sitio de inyección asegura mejor absorción del fármaco y disminuye el dolor. El área debe estar libre de lesiones cutáneas, dolor, edema o inflamación. y además verificar que no haya sido puncionado recientemente (en lo posible).
- Identifique al usuario comparando la tarjeta o receta de medicación y llámelo por su nombre.	- Evita errores y confirma la identidad del usuario.
- Orientar al usuario explicando el procedimiento y propósito del fármaco a la vez proporcione privacidad.	- Disminuye la ansiedad, promueve la colaboración y proporciona seguridad en el usuario.
- Interrogue al usuario sobre alergias a algún medicamento.	- Previene causar al usuario una reacción alérgica.
- Indique al usuario(a) colocarse en una posición cómoda que permita visualizar con facilidad el sitio de inyección.	- Proporciona seguridad al usuario y enfermera, evita errores.
- Con una torunda humedecida con alcohol realice la asepsia de la región con movimientos circulares del centro a la periferia en un área aproximadamente de 5 cm.	- La asepsia del sitio de inyección evita el riesgo de penetración de microorganismos a los tejidos.
- Retire la cubierta de la aguja sin contaminación asegurándose de haber expulsado el aire sobrante invirtiendo la jeringa dejando una pequeña burbuja de 0.2 ml. de aire.	- La administración de una inyección IM mediante la técnica denominada bloqueo de aire o técnica de la burbuja a los tejidos subcutáneos proporciona un sello en el punto de inserción.
- Coloque la mano no dominante en la zona elegida y estire la piel.	- Al estirar la piel hace más firme el músculo y facilita la inserción de la aguja.
- Sostenga la jeringa en la mano dominante entre los dedos pulgar e índice pinchando la piel en un ángulo de 90° e introduzca la aguja en el músculo en forma rápida, solicitando	- La rapidez del movimiento disminuye el dolor cuando pasa la aguja a nivel de los receptores sensitivos de la dermis. La respiración profunda disminuye la ansiedad y favorece la relajación muscular.

al usuario que respire profundo.	
- Sujete la unión de la jeringa con la mano izquierda y con la derecha aspirar el embolo. En caso de aspirar sangre retire la aguja y elija otro sitio. Si no aspira sangre empiece a inyectar el medicamento lentamente.	- Asegura la no penetración de vasos sanguíneos. El inyectar lentamente facilita la dispersión lenta del medicamento y disminuye la sensibilidad.
- Colocar algodón cerca de la aguja y retirarla con movimiento rápido en el mismo ángulo que se introdujo, hacer presión en el sitio de inserción y haga masaje si no está contraindicado.	- Previene la laceración innecesaria del tejido y evita el paso del fármaco hacia el tejido subcutáneo.
- Descartar la jeringa y la aguja en el deposito correspondiente, según norma institucional.	- Cumplir con medidas de bioseguridad.
- Dejar cómodo al usuario y equipo en su lugar.	
- Retirarse los guantes si se han utilizado, luego lavarse las manos.	- Mantener la seguridad y el bienestar del cliente. - Prevenir la transferencia de microorganismos.
- Registrar la medicación.	- Mantener actualizado el tabulador de actividades diarias y contribuir al sistema de información gerencial. - En caso de medicación especial registrarlo en nota de enfermería.

Acciones en Casos Especiales:

- ♣ En caso de presentar reacción anafiláctica, al administrar el medicamento suspender inmediatamente su administración, reportarlo al medico de inmediato.

Puntos de Enseñanza en el Hogar.

Posterior a la administración de un medicamento por vía intramuscular (la enfermera) siempre deberá orientar al cliente sobre:

- * Reacciones posible o efectos colaterales que se pueden presentar, según el fármaco administrado.
- * Importancia de la secuencia de la administración del medicamento según prescripción y en relación a la farmacodinámica y farmacocinética para obtener el efecto terapéutico.
- * Aparcamiento de reacciones locales como: rubor, rash, calor y edema; que debe consultar de inmediato a la unidad de salud.
- * Práctica de hábitos higiénicos con normalidad (baño diario, uso de ropa limpia, etc.)
- * No automedicarse.
- * Consultar al medico si presenta reacciones secundarias.
- * Cumplir con las dosis indicadas por el médico.

4.5 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRAVENOSA.

Generalidades.

Es un procedimiento que permite un acceso directo al sistema vascular, haciendo posible la perfusión continua de líquidos durante un periodo de tiempo o la administración directa de medicamentos de los que se espera una acción inmediata o en más corto tiempo.

Cuando se requiere la administración de líquidos intravenosos la enfermera debe conocer la solución correcta prescrita, el equipo necesario, los procedimientos requeridos para iniciar una perfusión, cómo regular la velocidad de la perfusión, mantener el sistema, como identificar y corregir los problemas y cómo suspender la perfusión si es necesario.

Se dispone de muchas soluciones endovenosas preparadas éstas se dividen en las siguientes categorías:

- Isotónicas son las que tienen la misma osmolaridad de los líquidos corporales.
- Las soluciones Hipotónicas son aquellas que tienen una osmolaridad menor que la de los líquidos corporales.
- Las Hipertónicas son aquellas que tienen una osmolaridad mayor que la de los líquidos corporales.

Las soluciones que más se utilizan son:

- ◆ Dextrosa al 5% - 10%.
- ◆ Solución Salina Normal (SSN).
- ◆ Lactato de ringer.

Definición.

- Es el procedimiento por medio del cual se introducen soluciones al torrente circulatorio a través de una vena; utilizando técnica aséptica durante el procedimiento.

Objetivos.

- 1- Administrar sustancias medicamentosas al torrente sanguíneo.
- 2- Corregir o prevenir trastornos hidroeléctricos.
- 3- Ayudar a la eliminación de toxinas, estimulando el funcionamiento renal.

Equipo.

- ❖ Un carro o bandeja conteniendo
- ❖ Frasco con viñetas y guantes estériles.
- ❖ 1 rollo de esparadrapo.
- ❖ Recipiente para desechos comunes.
- ❖ Recipiente para desechos peligrosos.
- ❖ Férula o inmovilizador si es necesario.

Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Verificar indicación médica a través de la receta.	- Evite errores todo medicamento o solución a cumplir debe ser prescrita por un médico.
- Lavarse las manos.	- Evita la diseminación de microorganismos.
- Preparar equipo completo.	- Evita la pérdida de tiempo.
- Explicar el procedimiento al usuario y pedirle su colaboración.	- Disminuye la ansiedad.
- Con previa asepsia adaptar el descartable al frasco con la solución y cierre la llave.	- Evita la contaminación de la solución.
- Proceder a llenar el descartable de la solución, comprimiendo y soltando la cámara de goteo; dejando que se llene hasta la mitad; cuando el líquido salga por la aguja del descartable; dejar la llave cerrada.	- El llenado lento del tubo disminuye la turbulencia y la posibilidad de formación de burbujas, elimina el aire del tubo y permite que se llene con la solución; el cierre de la (llave) evita la pérdida accidental de líquido.
- Seleccione la vena a puncionar.	- Permite evaluar la condición del usuario y facilitar la realización de algunas actitudes.
- Calzarse guantes.	- Como medida de bioseguridad.
- Realizar asepsia con hisopos estériles del centro a la periferia así: α- 1 hisopo con jabón yodado. β- 1 hisopo con agua estéril. χ- 1 hisopo con alcohol al 70%.	- La asepsia correcta disminuye riesgos de flebitis en el área de punción.
- Abra el envoltorio del catéter según la indicación del mismo.	- Facilita la utilización en el momento oportuno.
- Aplicar torniquete o liga 4 centímetros arriba del área donde realizo asepsia e indique al usuario que apuñe la mano.	- Permite mejor visualización de la vena.
- Proceda a puncionar la vena introduciendo el catéter en ángulo de 30° a 45° con el bisel hacia arriba hasta la mitad al observar flujo de sangre retirar suavemente el mandril y proceder a introducir la aguja (plástica) en su totalidad y desligar o quitar el torniquete.	- Evita la extravación de la vena, manteniendo su permeabilidad.
- Adaptar el descartable de la solución al catéter o intracath evitando el derrame de sangre y asegurando que no haya burbujas de aire en el descartable. Coloque el sello de heparina según el procedimiento.	- La rápida conexión del equipo de perfusión mantiene la permeabilidad de la vena y la esterilidad. Las burbujas de aire pueden actuar como émbolos.
- Abrir lentamente la pieza de cierre (llave o interruptor) para iniciar la perfusión.	- Permite el flujo venoso y evita la coagulación de la sangre en la vena.
- Fijar el catéter con esparadrapo y colocar gasa pequeña para separar la piel del usuario.	- Permite la inmovilización del catéter y evita el contacto del esparadrapo con los tejidos.
- Contabilizar goteo del suero según indicación médica.	- Mantener la velocidad del flujo, correcto de la solución intravenosa.
- Identificar con esparadrapo, el número del catéter, fecha y la firma de quien realizó el procedimiento.	- Orienta al resto del personal sobre el movimiento que fue cateterizada la vena.
- Colocar en el frasco de la solución la viñeta, y no cubrir el nombre de la solución.	- Registra cuando se colocó la vía endovenosa y cuando se necesitan cambios de la solución.
- Realizar cuidado posterior del equipo.	- Dejar todo en orden, permite su localización oportuna.
- Registrar procedimiento efectuado en libro correspondiente.	- Permite dejar registro de la actividad realizada.

Puntos de Enseñanza

- ❖ Verificar fecha de vencimiento y aspecto de la solución a administrar.
- ❖ En los pacientes ancianos utilizar un catéter o aguja de menor calibre si es posible (Ej. Número 22 a 20) esto es menos traumático para la vena y permite un menor flujo sanguíneo que favorezca un aumento de la hemodilución en los líquidos IV.
- ❖ Identificar el catéter con los siguientes datos: Fecha y hora de colocación, número de catéter y firma.
- ❖ Orientar al paciente o usuario que no debe tocar la llave del suero (abrir o cerrar).
- ❖ Identifique signos de flebitis (inflamación, rubor, calor, dolor), en sitio de punción.

4.6 ELABORACION DE TARJETAS DE TRATAMIENTOS

Generalidades

Definición

- Es la elaboración de una tarjeta de registro de Tratamientos Médicos y de Cuidados de Enfermería, que contienen el planeamiento del seguimiento que se realizara a la usuaria durante las 24 horas siguientes.

Objetivos

- Planear el tratamiento médico y cuidado de enfermería
- Contar con un registro escrito de consulta inmediata que facilite el cumplimiento de cuidados de enfermería y de tratamientos médicos.
- Contar con una guía que permita ser oportunos en el cumplimiento de tratamientos a la usuaria.

Equipo

- Tarjeta de tratamientos
- Lapicero tinta azul, y roja.
- Lápiz tinta negra
- Expediente clínico de la usuaria
- Tarjeta de tratamiento del día anterior.

Pasos

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Lavarse las manos	- Previene la transmisión de infecciones nosocomiales y evita que el documento a elaborar se ensucie.
- Preparar el equipo completo	- Generalmente se prepara un equipo asegurando que este se encuentre completo, limpio y en buenas condiciones.
- Identificar al usuario con su expediente	- Llamándolo por su nombre completo , y comparando con la información básica del expediente clínico. Evita riesgos de incorrecta identificación y mala praxis. Asegura que se anota el dato correcto.
- Registrar información en tarjeta de tratamiento: Nombre, Edad, gravidez, paridad, Registro, Diagnóstico, Servicio, No de Cama, Fecha.	- Anotar datos de información general de la usuaria en la parte superior de la tarjeta, comparando con la hoja de ingreso y egreso, evolución médica y de indicaciones.
- Registrar el tipo de Dieta indicada y la toma de Signos Vitales.	- El tipo de dieta se colocará con tinta negra - Anotar el horario de la frecuencia de cumplimiento de cada actividad con los colores correspondientes por turnos: Azul para el turno de día (6:30 AM – 5:30 PM) y Rojo para el turno de noche (5:30 PM – 6:30 AM)
- Registrar a continuación todos los Medicamentos Parenterales, prescritos en las indicaciones médicas, iniciando con los EV, IM, SC, ID.	- Deberá tenerse sumo cuidado en anotar los cinco correctos: Nombre del medicamento, cantidad (en mg, Gr, y otro), dosis, vía de administración y frecuencia. - Anotar el horario de la frecuencia de cumplimiento de cada medicamento en los colores correspondientes por turnos: Azul para el turno de día (6:30 AM – 5:30 PM) y Rojo para el turno de noche (5:30 PM - 6:30 AM)
- Registrar a continuación: los medicamentos orales prescritos en las Indicaciones Medicas.	- Deberá tenerse sumo cuidado en anotar los cinco correctos: Nombre del medicamento, cantidad (en mg, Gr, y otro), dosis, vía de administración y frecuencia. - Anotar el horario de la frecuencia de cumplimiento de cada medicamento en los colores correspondientes por turnos: Azul para el turno de día (6:30 AM – 5:30 PM) y Rojo para el turno de noche (5:30 PM - 6:30 AM)
- Registrar a continuación de Cuidados de Enfermería.	- Anotar el horario de la frecuencia de cumplimiento de cada actividad en los colores correspondientes por turnos: Azul para el turno de día (6:30 AM. 5:30

CAPITULO IV

LA PREVENCIÓN A TRAVÉS DE LAS VACUNAS

1. GENERALIDADES SOBRE VACUNAS

La inmunidad es la respuesta protectora específica del organismo ante un agente u organismo invasor; esta puede ser natural y adquirida, la natural está presente desde el nacimiento y la segunda se adquiere después de nacer. La inmunización es el proceso por el que se induce o aumenta la resistencia a una enfermedad infecciosa.

La vacunación se ha considerado importante a través de los años para contribuir a disminuir la morbi-mortalidad en los niños, dado que ellos y los jóvenes, son lo más preciado para el futuro de un país. Para ello es fundamental la prevención de enfermedad mediante inmunizaciones, constituyendo una de las mejores inversiones para el desarrollo humano que hace el sistema de salud de cada país. La prevención de enfermedades por medio de la vacunación es el resultado de adquirir defensores inmunitarios que fortalecen con anticipación al organismo en su lucha contra la agresión posterior de agentes patógenos involucrados; aunque su meta final es erradicar la enfermedad; dicho proceso muchas veces se ve interferido por diferentes situaciones como:

- * No existe una política nacional que exija el esquema completo de vacunación al iniciar la etapa escolar.
- * Las contradicciones en relación a su efectividad.
- * Las reacciones adversas posterior a su aplicación.
- * La disponibilidad de la vacuna.
- * Cuando no se presentan los niños o usuarios citados (se pierde vacuna cuando asisten pocos usuarios).
- * Los conceptos erróneos sobre las inmunizaciones.

Todo lo anterior está orientado a la prevención particular de un número de enfermedades que afecta diferentes grupos de edad y de sexo entre ellos; ancianos, embarazadas, lactantes, niños, puerperas; para ello es necesario que la vacunación sea permanente y amplia. Las reacciones vacúnales son muy variadas y el pronóstico oscila entre una simple molestia hasta graves secuelas o la muerte. Las reacciones más frecuentes son leves y moderadas, son muy raras las secuelas permanentes.

Las reacciones pueden ser locales, sistemáticas, neurológicas habituales, de hipersensibilidad y las idiosincráticas.

Para prevenir un daño severo antes una reacción anafiláctica, es importante mantener un equipo que permita dar la asistencia oportuna. El equipo consta de:

- * Jeringa de 3", 5" y 10".
- * Ampollas de Diazepan.
- * Ampolla de Fenaler.
- * Ampolla de Adrenalina.
- * Agua bidestilada.
- * Liga.
- * Alcohol al 70%.
- * Torundas de algodón.

2. TÉCNICA DE ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA BCG

2.1 Generalidades.

La vacuna BCG está compuesta por una cepa viva atenuada de *Mycobacterium bovis* y fue preparada por los científicos Calmette – Guerin en el Instituto Pasteur de París. Esta vacuna no previene la infección primaria, sino más bien la diseminación hematológica a partir del foco primario; es importante conocer que la luz solar al caer directamente al frasco deteriora la vacuna en cinco minutos y si cae en forma indirecta destruye el 50% de los bacilos en 15 minutos. Una vez reconstituida la vacuna, pierde la viabilidad después de 8 horas si se conserva en un ambiente frío y aséptico, por ello la inmunización debe realizarse sin retraso desechando el sobrante. Esta vacuna está indicada en recién nacidos con peso mayor o igual a 2500 gramos y sin ninguna enfermedad que comprometa su estado de salud. En los niños y adultos que no han tenido contacto previo con el bacilo tuberculoso y los hipersensibles a la tuberculina, al recibir la vacuna ésta evoluciona en el sitio de aplicación de la siguiente manera:

- * Formación de una pápula que permanece de 15 a 30 minutos.
- * De 2 a 3 semanas después de aplicada se forma un nódulo eritematoso que aumenta de tamaño.
- * De 1 a 2 semanas más, puede abscedarse y formar una pequeña úlcera que cerrará de 4 a 8 semanas formando una cicatriz que mide menos de 10 mm de tamaño; aunque algunos no presentan cicatriz y de igual forma el tamaño de la reacción cutánea puede variar dependiendo de la cepa, dosis, ruta de administración, estado nutricional y tiempo después de aplicada la vacuna. Actualmente existe vacuna BCG de diferentes laboratorios; en el esquema siguiente se presenta el biológico existente en nuestro medio.

Nombre Comercial	Tipo de vacuna	Presentación	Conservación y Transporte
Vacuna BCG Inter.- Vax	Liofilizados	Frasco de 10 y 20 dosis	+ 4 a + 8 Centígrados

VACUNA	VÍA	DOSIS	EDAD	SITIO DE APLICACION	OBSERVACIONES
B C G	I. D.	0.1 cc	Recién nacidos hasta un mes	1/3 Superior del brazo izquierdo	Dosis Unica

- * La vacuna BCG no debe administrarse a niños que presentan:
 - Inmunidad comprometida, SIDA, Leucemia, Linfoma o malignidad generalizada.
 - Respuesta inmunológica alterada por esteroides, antimetabolitos o radiación.
 - Niños menores de 6 horas de nacido y de bajo peso al nacer (menor de 2,500 gramos).

2.2 Definición.

* Es la aplicación de una vacuna a base de microorganismos de *Mycobacterium bovis* vivos y atenuados, destinados a la inmunización activa contra la tuberculosis.

2.3 Objetivos.

- * Activar el sistema inmunitario mediante la aplicación de la vacuna BCG.

2.4 Equipo.

- * Jeringa de tuberculina.
- * Agujas desechables No. 21 y 23.
- * Frasco con algodón seco.
- * Frasco con agua estéril.
- * Sierra.
- * Guantes no estériles.
- * 1 tijera.
- * Toalla húmeda.
- * Termo conteniendo:
 - Pingüinos.
 - Biológico.

- * Tarjeta de vacunación.
- * Tabuladores de vacunación.
- * Lápiz, lapicero.
- * Recipiente para desechos peligrosos cortopunzante.
- * Recipiente para desechos peligrosos (frascos vacíos de vidrio).
- * Bolsa para desechos comunes.
- * Bolsa roja para desechos peligrosos.
- * Equipo para atención de choque anafiláctico.

2.5 Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Lavarse las manos.	- Disminuye la transferencia de microorganismos.
- Preparar la vacuna, protegiéndola de la luz solar.	- Mantener su efectividad y la cadena de frío.
- Servir vacuna en la jeringa de tuberculina aplicando los cinco correctos.	- Redice la posibilidad de error.
- Identificar al usuario y explicar procedimiento.	- Proporcionar tranquilidad al usuario y facilita su colaboración.
- Colocar usuarios en posición correcta (colocarlo en decúbito lateral derecho, dejando libre la cara externa del brazo izquierdo).	- Facilita aplicar la técnica.
- Limpiar la piel con agua estéril si es necesario y dejar secar.	- Remover el exceso de suciedad de la piel.
- Retire capuchón de la aguja y extraiga todas las burbujas de aire.	- Disminuye el riesgo de formación de abscesos.
- Estirar la piel entre el dedo índice y pulgar e introduzca la aguja con el bisel hacia arriba en un ángulo de 15° hasta que el bisel desaparece dentro de la piel.	- Asegura que el líquido quede dentro de la dermis.
- Inyectar el biológico.	- Asegura la aplicación correcta del biológico. - Asegura que el líquido quede dentro de la dermis, mediante la formación de una pápula.
- Espere unos segundos antes de retirar la aguja.	- Permite la difusión del biológico inyectado.
- Descartar material utilizado según normas de la institución.	- Previene pinchazos accidentalmente y la infección del personal.
- Lavarse las manos.	- Evita la proliferación de microorganismos.
- Vigilar durante un mínimo de 15 a 30 minutos la aparición de reacciones adversas locales o sistémicas.	- Detectar y reportar oportunamente cualquier complicación.
- Hacer anotaciones correspondientes.	- Permite el seguimiento sistemático y oportuno de la atención al usuario.
- Entregar comprobante de vacunación al usuario.	- Evita revacunación.
-* Dejar todo limpio y en orden.	- Mantener un ambiente limpio y organizado.

2.6 Puntos de Enseñanza.

- * Explicar al usuario sobre los cambios posteriores que se presentarán en el sitio de la inyección, como la formación de una pápula (roncha sobre elevada) que puede llegar a una ulceración, la cual no debe tocarse ni medicarse ya que es una reacción natural de la vacuna.
- * En el caso que se de formación de adenopatía axilar o formación de abscesos. Deberá consultar al establecimiento de salud más cercano.

3. TÉCNICA DE ADMINISTRACIÓN DE LA PRUEBA DE TUBERCULINA

3.1 Generalidades.

La prueba de tuberculina conocida también como P.P.D. (Derivado proteico purificado) elaborada de cultivos de *Mycobacterium tuberculosis*, utilizado como medio de diagnóstico en la Tuberculosis infantil.

Par su conservación se hace necesario tomar en cuenta los cuidados siguientes:

- * No exponer el biológico a la luz. Al estar en uso debe cubrirse con un cono de cartón negro.
- * Conservar fuera de la refrigeradora a una temperatura de entre + 4° y + 8° centígrados.

Esta prueba está indicada para el personal sanitario de nuevo ingreso que está en contacto con pacientes tuberculosos, como también en niños en los que se va investigar presencia o ausencia de *Mycobacterium tuberculosis*.

Para la lectura de la P.P.D. deberá tomarse en cuenta lo siguiente:

- * Hacer la lectura a la misma hora el tercer día (72 horas), y sino es posible dentro de 48 a 96 horas.
- * Seleccionar el día de aplicación de la prueba (PPD), con el fin de que la lectura a las 72 horas corresponda a un día laboral.
- * Si se repite la prueba no hacerlo en el mismo sitio para evitar falsos positivos y esperar 3 semanas posterior a la aplicación.

RECOMENDACIONES PARA SU APLICACION:

- * Cumplir dosis correcta del biológico.
- * Cumplir con las medidas de asepsia.
- * No exponer el biológico a la luz y el calor.
- * Agitar suavemente el frasco antes de servir la dosis.
- * Utilizar técnica correcta.
- * No usar ningún desinfectante en el área de aplicación.
- * Revisar fecha de vencimiento del biológico.

3.2 Definición.

- * Es la aplicación de una prueba cutánea de tuberculina (P.P.D.) con fines diagnósticos.

3.3 Objetivos.

- * Detectar la presencia o ausencia en forma temprana de Mycobacterium tuberculosis.

3.4 Equipo.

- * Jeringa de tuberculina.
- * Frasco con algodón seco.
- * Frasco con agua estéril.
- * Sierra.
- * Guantes no estériles.
- * 1 tijera.
- * Toalla húmeda.
- * Termo conteniendo:
 - Pingüinos.
 - Biológico.
- * Tarjeta de vacunación.
- * Tabuladores de vacunación.
- * Lápiz, lapicero.
- * Regla milimetrada de 10 cms. plástica y transparente.
- * Recipiente para desechos peligrosos cortopunzante.
- * Recipiente para desechos peligrosos (frascos vacíos de vidrio).
- * Bolsa para desechos comunes.
- * Bolsa roja para desechos peligrosos.
- * Equipo para atención de choque anafiláctico.

3.5 Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Lavarse las manos.	- Disminuye la transferencia de microorganismos.
- Preparar la PPD usando los 5 correctos y agitando el frasco antes de aspirar el líquido.	- Reduce la posibilidad de un error y el agitar el frasco contribuye a que el preparado sea homogéneo.
- Identificar al paciente y explicar el procedimiento.	- Confirmar la identidad del usuario y así permitir su colaboración.
- Seleccionar el sitio de inyección en antebrazo, cara anterior externa, el la unión del 1/3 superior o el 1/3 medio del antebrazo izquierdo.	- El antebrazo es el punto estándar porque es la zona con menor cantidad de grasa subcutánea que interfiera en la administración y la absorción del biológico.
- Colocar al paciente en posición cómoda con la cara externa del antebrazo hacia arriba.	- Da acceso a la zona de inyección.
- Limpiar la zona con agua en forma rotativa del centro a la periferia.	- Reduce el exceso de suciedad en el sitio de punción.
- Retire el capuchón de la aguja.	
- Colocar las manos por debajo del sitio de inserción y estirar la piel hacia abajo con el dedo índice y pulgar.	- Al estirar la piel se facilita la aplicación del biológico.
- Con el bisel hacia arriba introduzca la aguja de 3 mm a 5 mm.	- Previene la salida del biológico por el orificio de la inserción.
- Inyectar la prueba PPD con lentitud y suavidad mientras observa la formación de la pápula, la cual se absorberá de 10 a 30 minutos.	- La aparición de la pápula confirma la administración correcta del biológico.
- Esperar unos segundos y luego retirar la aguja en el mismo ángulo de inserción.	- Permite la difusión del medicamento y previene la laceración de la piel.
- Marcar con una circunferencia de 2.5 cm alrededor de la pápula, explicándole al usuario que no frote el área y que no borre la marcación.	- Localiza fácilmente la zona de medicación dentro de 72 horas.
- Descartar el equipo de manera apropiada.	- Permite un medio limpio y ordenado. Evita la propagación del Mycobacterium tuberculosis.
- Lavarse las manos.	- Disminuye la proliferación de microorganismo.
- Hacer anotaciones correspondientes.	- Permite el seguimiento sistemático u oportuno de la atención al usuario.
- Entregar tarjeta de vacunación.	- Facilita la orientación al usuario para la lectura de la prueba (dejar la cita de la misma).

3.6 Lectura de la Prueba.

- ☉ Palpar cuidadosamente la región inoculada con el fin de percibir la presencia de induración o pápula, determinar los contornos sin tener en cuenta el eritema periférico: localizar los bordes de la induración.
- ☉ Medir el diámetro de la induración con regla milimetrada, en forma transversal.
- ☉ El resultado se anota en milímetros.
- ☉ Cuando no se palpa induración se anota cero.

3.7 Puntos de Enseñanza.

Explicar al usuario y/o familiar las siguientes recomendaciones.

- * Presentarse a la lectura de la prueba al tercer día de realizada ésta, tomando en cuenta fecha y hora indicada (72).
- * Si no fuera posible asistir en esta fecha, lo puede hacer entre el 4º y 5º día de realizada la prueba.
- * No frotar el área ni borrar la marcación realizada.
- * Si existe alguna duda posterior a la aplicación de la prueba consultar al establecimiento de salud más cercano.

4.TECNICA DE ADMINISTRACION DE LA VACUNA ANTIRRABICA.

4.1 Generalidades.

La rabia es una enfermedad viral aguda del sistema nervioso central; mortal para humanos y animales susceptibles (mamíferos de sangre caliente). Es ocasionada por el virus del genero Lyssavirus, de la familia Rhabdoviridae perteneciente a la orden MONONEGAVIRALES. El puede cultivarse en células di-ploides humanos, células embrionarias de pollo y células renales de criceto. Pierde su acción al exponerse al formol, Fenol, bicloruro de mercurio, desinfectantes, sequedad y luz solar.

El reservorio es animal (mamífero de sangre caliente); según referencias, en Latinoamérica los perros y gatos son responsables del 80% de los casos de rabia humana, el 16% animales como ganado ovino, equino, bovino, caprino, porcino y el 4% animales salvajes (quirópteros, zorros, coyotes, lobo y otros).

Se transmite por mordedura o por lamidas del animal infectado, sobre mucosas o heridas abiertas; así como en exposiciones que se realizan por inhalación de aerosol en el caso de cuevas con abundantes murciélagos, laboratorios de cultivo de virus rábico o trasplante de córneas provenientes de donantes fallecidos con problemas neurológicos, diagnosticada posteriormente como encefalitis rábica).

Se han reportado 2 casos de rabia relacionados con la ingesta de leche de animales infectados. El mecanismo de transmisión es de animal a animal y de animal a humano. El periodo de la incubación es de 5 días a más de un año, pero el promedio es de 2 meses dependiendo de los siguientes aspectos:

- ❖ Magnitud de la herida.
- ❖ Sitio de la laceración, relacionada a la cantidad de nervios afectados.
- ❖ Distancia de las laceraciones hacia el cerebro.
- ❖ Cantidad y cepa de virus introducidos.

MANIFESTACIONES:

Se manifiesta por: angustias, cefalalgia, fiebre, malestar general, alteraciones sensitivas; evolucionando a hidrofobia, delirio, convulsiones y muerte a consecuencia de parálisis respiratoria. La enfermedad puede durar de 2 a 6 días.

INMUNIZACIÓN: Las vacunas antirrábicas que se utilizan actualmente son elaboradas de virus muertos; denominada "vacunas inactivadas". Y son de cerebro de ratón lactante y en su producción se utiliza encéfalos de ratones inmaduros (ratones de 1 día de edad) como sustrato para la multiplicación del virus: debido a que a esta edad el ratón no ha formado mielina (lipoproteína) la que es responsable de reacciones adversas.

Se presenta en concentraciones del 1% o 2% de cerebro de ratón lactante, resultando dosis de 1 cc o 2 cc según concentración vacunal. En el mercado también existen vacunas obtenidas por cultivos celulares como células diploides humanas, células vero o fibroblastos embrión de pollo (para ser utilizada en casos de reacciones adversas a la vacuna CRL). La vacuna debe ser conservada entre 4°C y 8°C. no se debe congelar por que se desnaturaliza la proteína.

Se administra 1 cc x 7 días, más 3 refuerzos dividida así:

- El primer refuerzo al 3er día.
- El segundo a los 10 días y
- El tercero a los 40 días.

4.2 Definición.

➤ Es la administración de un producto biológico antirrábico por vía intramuscular (región deltoidea), subcutáneo (periumbilical) por medio de una jeringa.

4.3 Objetivos.

- Prevenir la rabia en el hombre.
- Brindar tratamiento oportuno al cliente.

4.4 Equipo.

Una bandeja conteniendo:

- * Jeringa de 3 ml con aguja corta 22 G.x1”.
- * Frasco con algodón seco.
- * Frasco con agua estéril.
- * Sierra.
- * Guantes no estériles.
- * 1 tijera.
- * Toalla húmeda.
- * Termo conteniendo:
 - Pingüinos.
 - Biológico.
- * Tarjeta de vacunación.
- * Tabuladores de vacunación.
- * Lápiz, lapicero.
- * Recipiente para desechos peligrosos cortopunzante.
- * Recipiente para desechos peligrosos (frascos vacíos de vidrio).
- * Bolsa para desechos comunes.
- * Bolsa roja para desechos peligrosos.
- * Equipo para atención de choque anafiláctico.
- * 1 recipiente plástico para descartar las agujas utilizadas.
- * 1 basurero con bolsa plástica de color negro para descartar el sucio.
- * 1 bolsa roja para desechos peligrosos.
- * 1 equipo para realizar asepsia.

4.5 Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Lavarse las manos.	- Reduce la transmisión de microorganismos.
- Preparar material y equipo a utilizar.	- Evita la pérdida de tiempo.
- Identificar al cliente con su respectiva ficha.	- Cerciorarse de la identidad del paciente.
- Verificar esquema de vacunación del cliente.	- Asegurarse de la vacuna que se aplicará es la que en realidad corresponde según esquema.
- Explicar al usuario sobre: α- Procedimiento a realizar. β- Tipo de vacuna se va a administrar.	- Permite la colaboración y da seguridad al usuario durante el cumplimiento de la vacuna.
- Importancia de no perder su esquema de vacunación.	- Responsabiliza al usuario para que no falte a sus vacunas.
- Reacciones locales que se pueden presentar en la piel: a- Dolor en el sitio de inyección. b- Hiperestesia. c- Eritema. d- Prurito. e- Urticarias.	- Evita la preocupación innecesaria del usuario.
- Reacciones Generales: * Adinamia y problema para deambular. * Cefalea. * Dolor muscular. * Fiebre.	- Disminuir las molestias ocasionadas por la vacuna.
- Anotar en tarjeta de vacunación con lapicero o fechador, la fecha de administración de la vacuna y a lápiz fecha de próxima dosis.	- Controlar el cumplimiento de la vacuna.
- Anotar en el tabulador diario de vacunación.	- Mantener un registro de vacunación.
- Proporcionar privacidad.	- Da seguridad y comodidad.
- Elegir el sitio de vacunación adecuado.	- Evita alterar la absorción de la vacuna.
- Retirar toalla húmeda del termo y abrirlo.	
- Sacar la vacuna y cerciorarse de la fecha de vencimiento.	- Asegurar el funcionamiento y evitar el cumplimiento de un biológico vencido.
- Colocar la tapadera del termo.	- Mantener la cadena de frío.
- Orientar al usuario que se coloque de acuerdo al área que se va a vacunar.	
- Servir el biológico según dosis indicada (0.5 cc, 1 cc, 2 cc) aplicando los 5 correctos.	- El aplicar los cinco correctos evita cometer errores.
- Limpiar la piel con agua estéril y dejar secar.	- Remueve exceso de suciedad en la piel.
- Insertar la aguja en ángulo de 90° (administración de inyección intramuscular), aspirar y administrar la vacuna.	- La aspiración posterior a la inserción de la aguja para verificar que no exista compromiso vascular.
- Retirar la jeringa y hacer presión con el algodón seco en el área	

que se aplicó.	
- Descartar el material utilizado en los recipientes según lineamientos establecidos.	- Evitar accidentes y la contaminación.
- Orientar al usuario próxima vacuna y explorar conocimientos, sobre las reacciones que puede presentar, lo que debe hacer y en casos lo consultará de inmediato a la Unidad.	- (Igual que fue el de la MMR).
- Activar fecha de vacunación y orientar sobre fecha de próxima vacuna o refuerzo.	
- Dejar área limpia y ordenada teniendo el cuidado de mantener la cadena de frío de la vacuna.	- El mantener la cadena de frío asegura que el biológico no pierda su acción. - Mantener el área limpia y ordenada contribuye a dar seguridad al cliente y evita pérdida de tiempo.

5.TECNICA DE ADMINISTRACION DE LA VACUNA CONTRA SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS (MMR)

5.1 GENERALIDADES.

Sarampión.

Es producido por un virus RNA del género Morbilivirus, de la familia Paramixovirus, es sensible a la luz solar y los cambios de ph. Afecta principalmente a los niños (as) menores de 5 años y a cualquier individuo sensible.

Se transmite por contacto directo por gotitas de secreción nasogaríngea infectadas y raramente por diseminación aérea. La persona infectada contagia entre uno o dos días antes de que se aparezcan los síntomas, hasta cuatro días después de la desaparición del exantema. En clientes inmunosuprimidos, la excreción del virus por las secreciones respiratorias es más prolongada y no desarrolla erupción cutánea.

Su periodo de incubación dura de diez a doce días, seguido de fiebre elevada que puede llegar a 40°C, decaimiento, tos, coriza, manchas de Koplik (fase prodromica). Después de tres días del comienzo de los síntomas aparece un exantema máculopapular que se inicia en el rostro y luego se generaliza, finalizando con una descamación fina.

Puede complicarse con otitis media, neumonía, diarrea y óbito fetal. Con menor frecuencia puede haber vómitos, dolor abdominal, faringitis y esplenomegalia. Hay más riesgo en lactantes desnutridos y con hipoavitaminosis A.

La Rubéola.

Es producida por un virus RNA con cápsula lipídica, de la familia Togaviridae. Es un virus teratogenico que lleva a malformaciones como defectos oculares (cataratas, microftalmias, glaucoma y coriorretinitis); defectos cardíacos (ductus arterioso, estenosis de la arteria pulmonar, defecto del septo atrial o ventricular); sordera neurosensorial, microcefalia, retraso mental, retaso del crecimiento, hetoesplenomegalia, ictericia, trombocitopenia. Algunos problemas no se observan en el nacimiento, si no hasta que el niño (a) se desarrolla (retraso mental y sordera).

Se trasmite mediante el contacto directo o por la diseminación de gotitas de secreciones nasofaringeas. En algunos casos de niños con rubéola congénita el virus se elimina por vía nasofaringea y por la orina, extendiéndose durante más de un año, pudiendo transmitir la infección a personas susceptibles.

Su periodo máximo de contagio se extiende desde cinco a seis días antes de que aparezcan el exantema y hasta después de su aparición.

Su periodo de incubación es de 2 a 3 semanas; la enfermedad se caracteriza por un exantema eritematoso mácula papular discreto, adenopatía generalizada (más frecuentemente suboccipital, retroauricular y cervical) y fiebre baja. Puede haber poliartialgia y poliartitis transitoria, que son raras en niños y más frecuentes en adolescentes y adultos, especialmente en los mayores.

Parotiditis.

Es producida por un virus RNA de tipo Paramyxovirus de la familia paramyxoviridae, se da más frecuentemente a finales del invierno. Afecta a los niños (as) entre 5 y 15 años de edad.

Se trasmite a través de la diseminación de gotitas de secreciones de las vías respiratorias o por contacto directo con saliva de una persona infectada. El virus se elimina a través de la leche humana. Es una enfermedad que se caracteriza por el aumento de la parótida unilateral y bilateral, que puede dar manifestaciones extraglandulares y salivales, que pueden agravar la enfermedad.

Su periodo de incubación es de 18 días (límite promedio entre los 12 y 25 días). El periodo de transmisión es de 7 días previos, hasta 9 días después de la manifestación clínica (inflamación de las glándulas parótidas).

Puede complicarse con orquitis (más frecuente en el hombre post-puberal, llevándolo rara vez a la esterilidad); meningoencefalitis (más frecuente en adultos que en niños), inflamación de los ovarios (en mujeres post-puberas), pérdida auditiva neurosensorial en el niño(a) y aborto. Puede producir con poca frecuencia complicaciones como encefalitis o trombocitopenia; y en el embarazo (sobre todo en las primeras semanas de gestación) daño teratogénicos en el feto.

El Sarampión, Parotiditis y la rubéola pueden prevenirse mediante la administración de la vacuna triple virica (MMR); que contienen virus vivos atenuado contra el sarampión (cepas Moraten, Schwarz, Alk-C ó CAM-70), virus vivos atenuados de Parotiditis (cepas Jeryl Lynn, Urabe AM/9, L-ZAGREb, Rubini, RIT 4385) y virus vivos atenuados de rubéola (Wistar RA 27/3, To-336).

Las principales vacunas de sarampión y Parotiditis se cultivan en fibroblastos de embrión de gallina, mientras que la cepa Wistar RA 27/3 de la rubéola atenuada se cultiva en células diploides humanas; por lo que esta vacuna contiene restos de proteína animal o albúmina humana; además de esterilizadores y antibióticos como neomicina o kanamicina.

La vacuna es termolábil y pierde la potencia con el calor, por lo que debe conservarse entre los 2°C - 8°C y una vez reconstruida, debe utilizarse dentro de las 8 horas.

Su administración es de 0.5 cc por vía subcutánea en niños de 12 a 15 meses de edad con un refuerzo a los 4 años. Su protección es duradera, quizás para toda la vida.

Los efectos secundarios son raros, pero, por ser cultivadas en embrión de gallina, puede dar reacciones anafilácticas en personas que son alérgicas al huevo. Puede haber riesgo de hipersensibilidad en personas alérgicas a la neomicina, en algunos casos puede causar un pequeño dolor en el área de aplicación. Debido a que es una vacuna combinada es difícil identificar el antígeno que está relacionado con el efecto secundario.

Posteriormente a su administración puede presentarse:

ARTRALGIA Y ARTRITIS (relacionada a la vacuna de la rubéola); de 7 a 21 días después. INFLAMACIÓN DE LAS PARÓTIDAS (relacionada a la vacuna contra la Parotiditis); se produce dentro de los 7 a 14 días de su aplicación. MENINGOENCEFALITIS (relacionada a la vacuna contra la Parotiditis), se produce de los 11 a 35 días después. PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA (relacionada a la MMR), se da después de 21 días.

CONTRAINDICACIONES:

Por contener virus atenuados está contraindicado en clientes inmunodeprimidos, mujeres embarazadas, clientes con HIV positivos en periodos de baja inmunidad.

5.2 DEFINICIÓN.

- ◆ Es la aplicación de un producto biológico MMR (virus vivos atenuados contra el sarampión, rubéola y paperas), en el tejido subcutáneo de la región deltioidea.

5.3 OBJETIVOS.

- 1- Erradicación de las enfermedades sarampión, rubéola y paperas.
- 2- Disminución de la morbi-mortalidad en la infancia.

5.4 EQUIPO.

Una bandeja conteniendo:

- * Jeringa de 3 ml con aguja corta 23 G.x1".
- * Aguja desechable No. 21 y 23.
- * Frasco con algodón seco.
- * Frasco con agua estéril.
- * Sierra.
- * Guantes no estériles.

- * 1 tijera.
- * Toalla húmeda.
- * Termo conteniendo:
 - Pingüinos.
 - Biológico MMR con su diluyente.
- * Tarjeta de vacunación.
- * Tabuladores de vacunación.
- * Lápiz, lapicero.
- * Recipiente para desechos peligrosos cortopunzante.
- * Recipiente para desechos peligrosos (frascos vacíos de vidrio).
- * Bolsa para desechos comunes.
- * Bolsa roja para desechos peligrosos.

5.5 PASOS.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Lavarse las manos.	- Evitar infecciones cruzadas.
- Preparar material y equipo a utilizar.	- Ahorra tiempo y energía.
- Identificar al cliente con su respectiva tarjeta de vacunación.	- Cerciorarse de la identidad del cliente.
- Verificar esquema de vacunación del cliente.	- Asegurarse que la vacuna que se aplicará es la que corresponde, según esquema y edad.
- Explicar a la madre del niño o persona responsable, el procedimiento a realizar, que tipo de vacuna se le aplicará, la importancia de la vacuna, posibles reacciones que puede presentar.	- Reduce la ansiedad de la madre y le da seguridad para controlar los efectos secundarios y saber que hacer en caso de: fiebre, rash, sudoración, palidez, dificultad para respirar.
- Anotar en la tarjeta de vacunación: con lapicero la fecha de la dosis aplicada y con lápiz la fecha de próxima dosis. Anotar en el tabulador la dosis que se aplicará.	- Controlar el cumplimiento de la vacuna.
- Proporcionar privacidad.	- Da seguridad y comodidad.
- Elegir el sitio de vacunación adecuado (región deltoidea, parte antero lateral del muslo).	- Evita alterar la absorción de la vacuna.
- Orientar a la madre para que coloque al niño de acuerdo al área que se va vacunar.	- Asegura el funcionamiento del biológico.
- Retirar la toalla del termo y abrirlo.	
- Sacar la vacuna y ampolla de agua estéril para diluir y cerciorarse de la fecha de vencimiento del biológico.	- Mantener la cadena de frío.
- Colocar la tapadera al termo kinsiler, si es solo una vacuna que se va administrar.	
- Servir 0.5 cc del biológico, previa asepsia del frasco con algodón y agua estéril; aplicando los 5 correctos.	- Evita errores.
- Expulsar cualquier burbuja de aire de la jeringa hasta que se observe una gota del líquido en el bisel de la aguja.	
- Efectuar limpieza de la zona con algodón impregnado en agua estéril, del centro a la periferia y descartarlo en recipiente con bolsa roja (desechos biológicos infecciosos).	- Permite que el área a utilizar esté limpia.
- Colocar torunda de algodón en sitio cercano o accesible.	
- Insertar la aguja en un ángulo de 45° (técnica de administración de medicamentos por vía subcutánea).	- Permite que el algodón este accesible para utilizarlo de inmediato.
- Aspirar y administrar la vacuna.	- El aspirar antes de administrar la vacuna permite verificar si no se ha puncionado algún vaso.
- Retirar la jeringa y hacer presión con el algodón seco en el área que se aplicó.	- Evitar accidentes y la contaminación.
- Descartar el material utilizado en los recipientes según lineamientos establecidos.	- Según normas de desechos sólidos hospitalarios.
- Orientar a la madre o responsables del niño sobre la fecha de la próxima vacuna y explicar nuevamente cuales son las reacciones que puede presentar, que debe hacer y en casos lo llevará de inmediato a la Unidad de Salud.	- Verificar si la orientación que se dio al inicio fue comprendida; de lo contrario se dará una retroalimentación.
- Entregar tarjeta de vacunación a la madre o responsable del niño (a) y orientar sobre la fecha de próximo refuerzo.	- Llevar un registro de vacunación para evitar que la madre o responsable del niño, olvide la próxima dosis a cumplir.
- Dejar área limpia y ordenada teniendo el cuidado de mantener la cadena de frío de la vacuna.	- El mantener la cadena de frío asegura que el biológico no pierda su acción. - Mantener el área limpia y ordenada contribuye a dar seguridad al cliente y evita pérdida de tiempo.

6.TECNICA DE ADMINISTRACION DE LA VACUNA CONTRA LA POLIOMILITIS OPV (ORAL) POLIOVIRUS VACCINE

6.1 Generalidades.

Poliomilitis, es una enfermedad causada por un virus RNA de la familia picornavirus, del genero Enterovirus. Existen tres tipos de poliovirus que son: 1 (Brunhilde), tipo 2 (Lansing) y tipo 3 (Leon) cada uno produce un tipo diferente de enfermedad, pero la mayoría de los que causan parálisis son producidos por el tipo 1. El virus es estable a un Ph ácido (de 3 a 5) de 1 a 3 horas y es inactivado por el calor a 55°C en 30 minutos y se destruye rápidamente en formalina; no puede sobrevivir mucho tiempo en el aire.

Se presenta en seres humanos de cualquier edad, afecta más a niños y niñas menores de 5 años. Puede ser huésped transitorio del tracto respiratorio humano, garganta e intestinos.

Es una enfermedad viral contagiosa aguda, que ataca el sistema nervioso central, lesiona o destruye las células nerviosas que controlan los músculos y a veces produce parálisis que afecta principalmente las piernas, pero que puede afectar cualquier músculo, incluso aquellos que controlan la respiración y la deglución.

Se transmite por vía fecal-oral y a través de secreciones respiratorias o por vía transplacentaria. Ya que el virus se excreta por heces durante varias semanas y se encuentra en la faringe 1 ó 2 semanas después del inicio de la infección; los miembros de la familia u otros contactos del usuario, pueden ser portadores de la enfermedad.

El periodo de incubación es de 1 a 2 semanas y ocasionalmente 3. Los primeros síntomas de la polio incluyen:

- EN LA POLIO TIPO PARALÍTICA: Fiebre, cefalea, adenofagia, dolor y rigidez en el dorso y el cuello, además somnolencia. Del primero al séptimo día aparece debilidad o parálisis de brazos y piernas.
- EN EL TIPO NO PARALÍTICA: La fiebre dura alrededor de siete días y la rigidez desaparece de tres a cinco días. En la POLIO Bulbar: Afecta los músculos de la deglución, la respiración y la fonación, los que aparecen en los tres primeros días de la enfermedad. En la actualidad no existe tratamiento se da solamente para los síntomas.

La poliomieltis puede prevenirse mediante la administración de la vacuna OPV, que consiste en una vacuna de virus vivos atenuados que combinan los 3 tipos de poliovirus 1, 2 y 3 causantes de la enfermedad.

Desde el desarrollo y el uso de vacunas contra la poliomieltis, la enfermedad es menos frecuente.

El tiempo de contagio es de siete o más días desde el momento del inicio de la enfermedad; el poliovirus tiene una vida breve y no puede sobrevivir mucho tiempo en el aire.

⇒ ESQUEMA DE VACUNACIÓN:

La dosis habitual es de 2 gotas, el esquema básico comprende 3 dosis a los 2, 4 y 6 meses de edad, con un intervalo mínimo de 45 días; con un refuerzo al año de la tercera dosis y un segundo refuerzo en el ingreso escolar; lo que se resume en el siguiente esquema:

TIPO DE VACUNA	ENFERMEDAD/ PREVENCIÓN	EDAD DE APLICACIÓN	SITIO DE APLICACIÓN	VÍA DE APLICACIÓN	DOSIS	No. DE DOSIS
Polio (sabin)	Poliomieltis	1 meses 4 meses X meses 18 meses 4 años	Boca	Oral	2 gotas	5

La temperatura de almacenamiento es de + 4° a + 8°C

⇒ REACCIONES ADVERAS:

Las reacciones vacúnales son muy variadas y le pronostico oscila entre una simple molestia hasta graves secuelas o la muerte. Las reacciones más frecuentes son leves y moderadas y son muy raras las secuelas permanentes. Estas reacciones se pueden clasificar de la siguiente forma:

Reacciones locales, sistemáticas, Neurológicas habituales, las que son relacionadas a una mala utilización o técnica inadecuada de aplicación de la vacuna, las reacciones de hipersensibilidad y las idiosincrásicas.

Efecto advero más importante de la vacuna antipoliomielítica es la parálisis flácida asociada a la vacuna, que ocurre con las primeras dosis administradas.

6.2 Definición.

- Es la aplicación de una vacuna (OPV) por vía oral compuesta por virus vivos atenuados que combinan los 3 tipos de polivirus (1, 2 y 3) causantes de la enfermedad.

6.3 Objetivos.

- Prevenir la poliomielitis en los niños menores de 5 años.

6.4 Equipo.

- * Tarjeta de vacunación.
- * Frasco de la vacuna con su gotero en su respectivo termo.
- * Contenedor plástico para desechar frascos vacíos del biológico.

6.5 Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Lavarse las manos.	- Evitar infecciones cruzadas.
- Preparar material y equipo a utilizar.	- Ahorra tiempo y energía.
- Revisar fecha de vencimiento de la vacuna y estado del biológico.	- Garantiza la efectividad del biológico.
- Abrir frasco y adaptar el gotero.	- Evita errores.
- Identificar al cliente con su respectiva tarjeta de vacunación. - Explicar a la madre del niño o persona responsable, el procedimiento a realizar, que tipo de vacuna se le aplicará, la importancia de la vacunación OPV, posibles reacciones que puede presentar. Verificar esquema de vacunación.	- Permite la cooperación del cliente y reduce su ansiedad.
- Investigar el estado de salud del usuario.	- Permite identificar contraindicaciones específicas.
- Elaborar o revisar tarjeta de vacunación del usuario y compararla con la tarjeta índice de vacunación en caso subsecuente.	- Permite dejar constancia de la dosis administrada.
- Lavarse las manos.	- Evita infecciones cruzadas.
- Colocar al usuario en posición correcta (sentado con el cuello levemente flexionado hacia atrás).	- Facilita la administración y deglución de la vacuna.
- Proceder a administrar el biológico: 2 gotas en la boca.	- Verificar la dosis indicada.
- En caso que el niño (a) expulse la vacuna administre nuevamente.	- Asegurar la inmunización.
- Colocar frasco del biológico en el termo correspondiente.	- Mantener la cadena de frío.
- Actualizar tarjeta del usuario y del tarjetero índice, si aun no ha finalizado esquema de vacunación.	- Permite dejar constancia de la dosis administrada y programar la próxima.
- Anotar en registros correspondientes.	- Determina grupos etáreos y dosis administrada.
- Entregar tarjeta de vacunación al usuario, orientar sobre la importancia de próximas dosis y recomendaciones específicas.	- Permite el seguimiento sistemático y oportuno del usuario.
- Archivar tarjeta índice de vacunación.	- Controlar el cumplimiento de la vacuna.
Descartar los frascos vacíos de la vacuna, en contenedor plástico para vidrio.	

6.6 Puntos de Enseñanza.

- * Orientar a la madre que en caso se presentara algún tipo de flacidez en miembros inferiores, debe acudir inmediatamente a consulta médica.
- * Orientar a la madre sobre la importancia de la vacuna antipoliomielítica y cumplir correctamente con el esquema de vacunación como se indica.

CAPITULO V

PROMOCIÓN DE LA SALUD

1. GENERALIDADES

La promoción de la salud se define como el proceso de capacitar a la persona para que realice acciones tendientes a controlar su propia salud y la mejore.

Este proceso se logra a través de tres mecanismos:

- 1- Auto cuidado o decisiones y acciones que el individuo toma en beneficio de la propia salud.
- 2- Ayuda mutua o acciones que las personas realizan para apoyarse unas a otras.
- 3- Entornos sanos o condiciones que favorecen la salud.

El personal de enfermería de El Salvador cree necesario formular estrategias para que los ciudadanos participen en el mantenimiento de su salud, a través de la ejecución de actividades que promuevan estilos de vida saludables; esta participación se fortalece a través de diferentes técnicas educativas. Cambiar conductas es difícil y requiere de mucha constancia y disponibilidad de parte del personal de salud, además de habilidades que le permitan influir sobre la población.

Generalmente el cambio produce temor y no se desea hacerlo, por eso, se convierte en un propósito a largo plazo, ya que en algunos casos se tiene que desaprender lo aprendido y tomar otros conocimientos para practicarlos en la vida diaria. Para que el proceso de enseñanza y aprendizaje tenga el impacto que se requiere, los métodos de enseñanza deben abarcar todos los sentidos cumpliendo aquel adagio que dice:

- ☞ Si lo veo, puedo tal vez recordarlo.
- ☞ Si lo veo y escucho, seguramente podría serme de alguna utilidad.
- ☞ Pero, si lo veo, lo oigo y lo hago jamás podré olvidar.

Según la Carta de Ottawa las estrategias básicas para la promoción de la salud tienen que ser con participación plena de la comunidad:

- ☞ Crear ambientes que apoyen la salud.
- ☞ Reforzar la acción comunitaria.
- ☞ Desarrollar aptitudes sociales.
- ☞ Reorientar los servicios sanitarios.

Para la promoción de la salud se hace necesario capacitar a la persona y en ese sentido se toma en cuenta la educación para la salud, que tiene como objetivo "Ofrecer la capacidad de enfrentarse individualmente y colectivamente a comportamientos, estilos de vida y medio ambiente en un sentido participativo y amplio".

La educación es el proceso que tiene como finalidad realizar en forma concomitante las potencialidades del individuo y llevarlo a encontrarse con la realidad para que actúe conscientemente con eficiencia y responsabilidad; con miras en primer lugar a satisfacer las necesidades, aspiraciones personales y colectivas y en segundo lugar al desarrollo espiritual de la criatura humana adoptando para ello, la actitud menos directiva posible, enfatizando la vivencia, la reflexión, la creatividad, la cooperación y el respeto para el prójimo.

En la educación, la comunicación es un elemento fundamental en nuestro modo de vivir.

La comunicación es un proceso dinámico continuo y recíproco, requiere por lo menos de 2 personas para que como resultado de ella se establezca un intercambio de pensamientos, ideas y conceptos.

La aplicación de técnicas eficaces de comunicación se utilizan directamente para establecer y fortalecer las relaciones interpersonales.

Son utilizados en el entrenamiento audiovisual en la enseñanza y demostración que son aplicables también en el contacto que se tiene en la atención que se da al usuario.

La comunicación efectiva es un elemento básico para la promoción a la salud, ya que, esta se logra a través de técnicas educativas de fácil comprensión como son: charla, consejería, atención domiciliar y otros, para lo cual se utilizan materiales audiovisuales como trípticos, rotafolios y otros; de los cuales se habla a continuación.

2. TÉCNICA MÁS UTILIZADA PARA LA EDUCACIÓN EN SALUD.

2.1 CHARLA O TÉCNICA EXPOSITIVA:

2.1.1 Definición.

- Es la transmisión oral de un contenido educativo, en la exposición se requiere de una buena motivación para atraer la atención del receptor.

2.1.2 Recomendaciones Para el Desarrollo de la Técnica Expositiva.

- ⌘ No debe durar más de 10 a 15 minutos.
- ⌘ Asignar un lugar adecuado para su desarrollo.
- ⌘ Motivar al grupo.
- ⌘ Seleccionar el tema de acuerdo al grupo de oyentes.

2.1.3 Objetivos.

- General:
 - Impartir conocimientos a la población que conlleven y mantengan el cambio a estilos de vida saludables.
 -
- Específicos:
 - Prevenir enfermedades a través de la enseñanza.
 - Promover estilos de vida saludable.
 - Mantener informada a la comunidad.
 - Promover la participación comunitaria.

2.1.4 Equipo.

- Mesa.
- Cartelera.
- Plan de charla.
- Material audiovisual.

2.1.5 Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Saludo	- Fomentar la confianza y empatía con los oyentes.
- Presentación.	- Identificarse con su grupo.
- Contenido.	- Dar a conocer el orden lógico del desarrollo del tema.
- Desarrollo del contenido.	- Impartir enseñanza sobre prevención de las diferentes enfermedades.
- Evaluación.	- Asegurar la asimilación de los conocimientos impartidos.
- Despedida.	- Agradecer la participación de los oyentes.
- Dejar limpio y ordenado el lugar del evento.	- Mantener a disposición el local y material utilizado.
- Informar la actividad.	- Identificar el tiempo utilizado en la labor educativa.

Modelo de Plan de Charla o Técnica Expositiva:

LUGAR:

TEMA:

RESPONSABLE:

FECHA:

OBJETIVOS:

ETAPA	TIEMPO	CONTENIDO	METODOLOGIA	EVALUACION
- INTRODUCCION				
- DESARROLLO				
- EVALUACION				

El presente modelo de plan de charla tiene las siguientes elementos: aspectos generales, (lugar, tema, responsable, fecha, objetivo).

☆ Introducción:

Es el momento donde se motiva y se explora el conocimiento y se asegura la asimilación del tema.

☆ Desarrollo:

Se agota el contenido de acuerdo a los subtemas y al tiempo asignado. Como la participación es importante se puede desarrollar en base a preguntas.

☆ Evaluación:

Verificar si se han alcanzado los objetivos.

☆ Tiempo:

Corresponde los minutos asignados a cada etapa de la charla y el contenido educativo.

☆ Contenido:

Es el tema seleccionado previamente el cual puede ser dividido en subtemas.

☆ Metodología:

Incluye todas las acciones o actividades que se designan para desarrollar el contenido y lograr el aprendizaje.

☆ Evaluación:

Se anotan los procedimientos empleados para evaluar el logro de los objetivos (pueden ser preguntas).

2.2 CONSEJERÍA.**2.2.1 Concepto.**

Es una consulta educativa que promueve el aprendizaje emocional. Se establece un dialogo con el usuario (a) en donde se demuestre calidez, atención al escuchar y libertad para expresar dudas.

2.2.2 Objetivos.

⌘ General.

- Lograr que un (una) usuario (a) tome decisiones libre y voluntariamente.

⌘ Específicos:

- Proporcionar información correcta.
- Facilitar la toma de decisiones.
- Aclarar dudas, temores e ideas erróneas.
- Lograr una interacción entre usuarios y consejero (a).

2.2.3 Equipo.

- Trípticos.
- Otro material impreso.
- El medicamento o método que se promueven.
- 1 mesa.
- 2 sillas.

2.2.4 Factores a Tomar en Cuenta para una Buena Consejería.

- * Crear un ambiente de confianza.
- * Proporcionar privacidad y comodidad.
- * Practica de valores como el respeto y amabilidad.
- * Prestar atención al tono de voz, gestos y expresiones faciales.
- * Saber escuchar.
- * Dar tiempo al usuario para reflexionar y hablar.
- * Seguir el tema de la conversación.
- * Preguntar eficazmente.

2.2.5 Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Saludar y presentarse.	- Iniciar en un ambiente de confianza.
- Recibirlo (a) en un lugar privado.	- Proporcionar privacidad y comodidad.
- Prestar atención.	- Recibir información.
- Guardar silencio por momentos.	- Demostrar interés sobre su situación.
- Darle tiempo para reflexionar, hacer preguntas y hablar.	- Asegurar la toma de decisión correcta.
- Seguir el ritmo de conversación.	- No perder la motivación del tema.
- Escuchar con atención en vez de estar pensando en lo que se va a responder.	- Captar eficazmente la información del usuario.
- Repetir de vez en cuando lo que se ha oído, así ambos sabrán que han comprendido; puede hacerse preguntas abiertas y cerradas.	- Reforzar conocimientos y aclarar dudas.
- Proporcionar información correcta según necesidad detectada, incluyendo ventajas y desventajas si las hubiere.	- Ayudar a la toma de decisiones del usuario (a).
- Informar realmente solo lo que necesita el usuario (a) y no todos los conocimientos que el consejero posee.	- No perder el interés e informar solamente lo necesario.
- Inducir o llegar a un acuerdo finalizada la consejería.	- Toma de decisiones.
- Dejar cita si fuera necesaria.	- Dar seguimiento.
- Despedida y agradecimiento.	- Fomentar las buenas relaciones interpersonales.

2.2.6 Acciones en Casos Especiales:

- * Hacer visita domiciliar en casos necesarios.
- * Citar al establecimiento.
- * Involucrar a otro miembro del grupo de salud si fuera necesario para ayudar en la toma de decisiones.

2.3 DEMOSTRACIÓN.

2.3.1 Generalidades.

La demostración es uno de los métodos de educación en salud más completos y efectivos.

Realizar esta actividad educativa requiere de precisión, y contar con los elementos necesarios para desarrollar los pasos; así como la oportunidad, tiempo y disposición en apoyar al usuario (a) en la actividad.

2.3.2 Definición.

- Es el uso de objetivos reales, títeres, modelos o maquetas en la enseñanza, para fijar más los conocimientos impartidos sobre un tema desarrollado.

2.3.3 Objetivos.

- ☐ Desarrollar habilidades.
- ☐ Asegurar que la actividad se realizara sin riesgos.

- Prevenir complicaciones.
- Poner en contacto al usuario (a) con el equipo y material médico quirúrgico que utilizara para su autocuidado.

2.3.4 Características.

- ✍ Este tipo de actividades educativas requiere de un plan para desarrollarlo.
- ✍ Verificar que el usuario (a) disponga de lo necesario para realizarlo, en el hogar, orientarse para que realice las gestiones necesarias.
- ✍ Si el receptor del cuidado es un niño, un anciano o un discapacitado, dar la enseñanza a la persona que lo cuidara.
- ✍ Retirar la enseñanza las veces necesarias.
- ✍ Fomentar la participación del usuario (a) desde el inicio.

2.3.5 Equipo.

De acuerdo al procedimiento que se realizará. Por ejemplo si es el cuidado del ombligo en el recién nacido, se necesita.

- ✍ Hisopos estériles.
- ✍ Alcohol al 70%.
- ✍ Curación estéril.
- ✍ Equipo para lavado de manos.
- ✍ Bolsa para desechar lo sucio.

2.3.6 Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- El procedimiento es parte del control post parto.	- Ya se ha saludado e identificado a la madre y bebé.
- Orientar sobre los cuidados del ombligo. <ul style="list-style-type: none"> • Importancia. • No mojarlo. • Características. • Tiempo en que se secará. 	- Identificar tempranamente signos de infección.
- Acostar al niño en le canapé bajo supervisión de la madre.	- Facilita la manipulación.
- Lavarse las manos.	- Disminuye los microorganismos.
- Preparar el equipo.	
- Descubrir el abdomen al niño.	- No exponerlo al frío.
- Humedecer hisopo con alcohol al 70%.	- Actuar como antiséptico.
- Limpiar desde la base alrededor del ombligo, las veces necesarias con otro hisopo.	- Tirar suavemente desde el clamp.
- Pasar hisopo seco estéril.	- Evitar que la base y el ombligo queden húmedos.
- Cubrir con gasa estéril.	- No colocar fajero.
- Solicitar a la madre que realice el procedimiento.	- Le permite tener seguridad para realizarlo en su casa.
	- Hacer observaciones y retroalimentar si es necesario.
- Registrar la actividad realizada.	- Dar seguimiento si es necesario.
	- Informe de actividades de enfermería.
- Hacer cuidado posterior del equipo.	- Facilita contar con el equipo oportunamente.
	- Refleja orden.

2.4 ATENCIÓN DOMICILIAR (VISITA DOMICILIAR).

2.4.1 Generalidades.

Las personas pasamos la mayor parte de las situaciones de salud-enfermedad en nuestro domicilio acompañadas de nuestra familia, en donde la mayoría de problemas de salud se resuelven sin la intervención de los profesionales de salud. Para el personal de enfermería de salud comunitaria dentro de sus funciones principales se encuentra la atención domiciliar, la cual es tan antigua como la profesión misma, pero ha evolucionado de acuerdo a los grandes cambios que la sociedad experimenta; por lo que consideramos que esta actividad debe ser programada y sistematizada con todo el equipo de salud. La atención domiciliar no es solo una necesidad de la población si no un deber de los profesionales de la salud, ya que es clave para dar seguimiento a múltiples problemas de salud, y es una actividad que permite reforzar los consejos brindados durante una consulta previa en algunos casos. También nos permite involucrar al grupo familiar y/o comunidad en busca de alternativas de solución al problema identificado

Cuando se realiza la visita domiciliar es bien importante tomar en cuenta el tiempo, ¿ Cuanto debe durar una visita domiciliar ?, porque lo ideal es que sea de 30 minutos a 1 hora; a excepción de casos especiales puede extenderse un poco más.

RAZONES QUE JUSTIFICAN LA ATENCION EN EL DOMICILIO.

- El aumento de la esperanza de vida de la población.
- Los problemas de salud.
- Los ancianos y personas dependientes desean ser cuidados en su domicilio.
- Los cuidados de salud en el domicilio permiten una atención integral.
- El domicilio es el lugar donde mejor se puede apreciar los estilos de vida.
- Poca disponibilidad de cuidadores familiares.
- Las políticas de desinstitucionalización y reducción de costos sanitarios.

ACTIVIDADES DE LA ENFERMERA EN LA ATENCION DOMICILIARIA.

- ✍ Valorar la satisfacción de las necesidades básicas de todo el grupo familiar.
- ✍ Planificar y administrar cuidados.
- ✍ Administrar tratamientos.
- ✍ Control y seguimiento del perfil epidemiológico.
- ✍ Recolectar muestras de laboratorio.
- ✍ Proporcionar y movilizar recursos extraoficiales.
- ✍ Dar soporte emocional y técnico en situaciones críticas.
- ✍ Fomentar estilos de vida saludable.
- ✍ Acompañar a la familia en situaciones de enfermedad terminal y muerte.
- ✍ Promover el funcionamiento familiar adecuado.

2.4.2 Definición.

Es el conjunto de actividades de carácter social y sanitario que se presta en el domicilio de las personas, esta atención permite detectar, valorar, apoyar y controlar los problemas de salud del individuo y familia potenciando la autonomía y mejorando la calidad de vida de las personas.

2.4.3 Objetivos.

- General.
 - Proporcionar atención de enfermería a la población: información, educación y apoyo al enfermo y familia.
- Específicos:
 - Proporcionar la atención de enfermería necesaria a la población.
 - Proporcionar información y educación al enfermo y su familia.
 - Desarrollar actividades sistemáticas en combinación con otros miembros del equipo de salud.
 - Promover la oferta de servicios sanitarios.
 - Dar seguimiento a situaciones o enfermedad específica.

2.4.4 Equipo.

- Bolígrafo.
- Material de apoyo para dar educación.
- Maletín de visita domiciliar.
- Carné de vacunas.
- Carné de control de embarazo y atención infantil.
- Tarjeta de pacientes para otros controles.
- Termo con vacunas.
- Ruta de visita domiciliar.
- Formato de visita domiciliar.
- Medicamento si fuera necesario.

2.4.5 Pasos a Tomar en Cuenta en una Visita Domiciliar.

- * Estudio de la situación (identificar la necesidad que se va atender y priorizar).
- * Planeación (seleccionar el método o técnica para atender las necesidades).
- * Realización (poner en marcha la acción).
- * Evaluación (analizar resultados obtenidos).
- * Resumen escrito de lo realizado.

2.4.6 Formato para Registro de la Visita Domiciliar.

Nombre _____ No. De expediente: _____
 Dirección: _____ Grupo familiar: _____
 Fecha: _____ Fecha de próxima visita: _____
 Hora: _____ Cargo: _____
 Responsable: _____
 Motivo de visita: _____

ACTIVIDAD A REALIZAR	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES

El presente formato de registro de la visita domiciliar contiene los siguientes elementos:

- * Datos generales (nombre del usuario(a), expediente, dirección, fecha, hora, grupo familiar, responsable y cargo motivo de la visita y objetivo).

* **MOTIVO DE LA VISITA:**

Situación que determino la necesidad de realizar la visita. Ej: faltista de control, enfermedad de interés epidemiológico, faltista a vacuna u otros motivos de interés social.

* **ACTIVIDAD A REALIZAR:**

Paso o acciones específicas a realizar.

* **OBSERVACIONES:**

Consiste en describir todo lo encontrado en relación a lo planificado.

* **RECOMENDACIONES:**

Aconsejar a sugerir acciones a realizar con base a lo encontrado en la visita domiciliar, como felicitación, motivación y aspectos positivos encontrados.

3. MATERIAL AUDIOVISUAL MÁS UTILIZADO EN LA EDUCACIÓN EN SALUD

3.1 GENERALIDADES.

Existe una diversidad de material y ayudas audiovisuales, cuyo propósito es apoyar las exposiciones orales facilitando el aprendizaje del usuario, además tiene ventajas entre las que mencionamos las siguientes: Refuerzan e ilustran la exposición, ahorran tiempo, aclarar el tema, aumentan el realismo de lo expuesto y señalan los aspectos más importantes.

Entre los materiales más utilizadas por su economía, fácil entendimiento y de transporte están: El rotafolio de lámina, trípticos y videos aunque para esto necesitamos del televisor y del VHS.

3.2 EL ROTAFOLIO.

3.2.1 Concepto.

- * Es un instrumento educativo de ilustraciones con mensajes cortos de un tema específico, pero que en determinado momento estas lecciones pueden utilizarse separadamente lo que facilita la enseñanza y aprendizaje.

3.2.2 Objetivos.

General:

- Facilita la comprensión del mensaje o temas impartidos con diferentes grupos de población.

Específicos:

- Despertar el interés del oyente.
- Apoyar la presentación del tema.
- Facilitar la comprensión del mensaje.

3.2.3 Características.

Son elaborados de diferentes materiales como láminas plastificadas, mantas y cartoncillos, además son de fácil manejo (rotafolio de cargar y de mesa).

En la elaboración tomar en cuenta el público con el que será utilizado (edad, sexo, escolaridad). Presentar en orden ideas principales y secundarias. Cada hoja debe tratar sobre un solo aspecto. Utilice frases, lenguaje y dibujo sencillos.

3.2.4 Equipo.

- Caballete (trípode).
- Folios (hojas).

3.2.5 Técnica de Utilización.

- ▶ Realizar los pasos de la charla.
- ▶ Presenta hoja tras hoja y explica.
- ▶ Coloque del lado derecho del rotafolio al explicar su contenido.
- ▶ Diríjase al público no a las hijas.
- ▶ Use señalador.
- ▶ Intercale hojas en blanco o cubra parte del texto para evitar distracciones.
- ▶ Finalice la presentación según técnica de charla.

TRÍPTICOS (PANFLETOS).

3.2.6 Generalidades.

Estos son materiales educativos impresos que presentan el contenido en una o varias partes de una hoja de papel; de ahí el nombre de tríptico, si esta diseñado en tres partes están elaborados de diferentes materiales, como cartulina, láminas plastificadas, papel bond, etc. Pueden ser de colores llamativos, contenido con dibujos o esquemas alusivos al tema, son ayudas que se deben utilizar en grupos pequeños de 8 a 10 personas o individuales.

Definición.

- ❑ Es un material educativo impreso que posee información ilustrativa de un tema específico.

3.2.7 Objetivos.

- ❖ Informar.
- ❖ Apoyar la presentación de un tema.
- ❖ Facilitar la comprensión del mensaje.
- ❖ Proporcionar indicaciones por escrito.

3.2.8 Características.

- ❖ La información ha de ser clara y con dibujos que ilustran la información que brinda el tríptico. Se pueden utilizar colores vistosos.
- ❖ El tamaño y la cantidad de letras debe ser adecuado, el lenguaje y los dibujos sencillos.
- ❖ Si está dirigido a personas que no pueden leer o tienen visión deficiente, el dibujo debe expresar el mensaje.

3.2.9 Equipo.

- ❖ Tríptico según el tema y la cantidad o según el grupo.

3.2.10

Técnica de utilización.

- ❖ Puede ser apoyo para una consejería o una charla, en ese caso iniciar la sesión de acuerdo a los pasos del método educativo a utilizar.
- ❖ Proporcionar el documento al usuario (a).
- ❖ Solicitar que lo vea, lea y explique su contenido.
- ❖ Retroalimentar por partes si es necesario.
- ❖ Finalizar la sesión educativa de acuerdo a la técnica.

La elaboración del material educativo requiere de creatividad, iniciativa del personal que lo utiliza para que se adapte a la necesidad local; lo mismo que la gestión para la elaboración y disponibilidad.

CAPITULO V

PREPARACION DE PACIENTES PARA EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALES

1. NIVELES DE FENOBARBITAL.

1.1 Descripción.

Prueba sanguínea que se realiza con el fin de investigar niveles séricos de Fenobarbital o posibles intoxicaciones por el mismo.

Usualmente es indicado en pacientes con diagnósticos de: Pre-eclampsia, Eclampsia, Síndromes Convulsivos y otros casos donde el medico así donde lo indique.

Valores Normales = 15 – 40 Ug/ml.

1.1.2 Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
1- Notificar a Trabajo Social para que: α- Coordine cancelación correspondiente con padres de familia. β- Coordine con Laboratorio clínico particular. χ- Proporcione a personal de Enf. El frasco adecuado para la toma de la muestra. δ- Estipule fecha y hora de toma de muestra.	
2- Cerciorarse que boleta de exámenes deberá estar firmada por medico pediatra.	Evitar perdidas de tiempo y esfuerzos
3- Tomar muestra sanguínea de 3-5 cc en frasco especial teniendo a pacientes previamente en ayunas (la fecha acordada).	
4- Entregar muestra a Trabajo Social debidamente identificada con nombre completo del recién nacido registro y servicio.	
5- Respuesta de exámenes será entregada por Trabajo Social una vez haya sido recibido del laboratorio clínico .	

2. ALFA FETO PROTEINAS.

2.1 Descripción.

Prueba sanguínea cuya finalidad es detectar en el feto malformaciones congénitas, generalmente es indicada en pacientes con diagnósticos: Polihidramnios, retardo del crecimiento, otros.

V.N = 0 – 8.6 ngr/ml.

2.2 Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
1- Notificar a Trabajo social quien informa a paciente y familiares.	Que Padres esten enterados de los estudios clinicos de su hijo/a.
2- Orientar a paciente sobre examen.	
3- Paciente o familiar cancelaran en Patronato y presentaran recibo en el Servicio, el cual será anexado a su expediente.	
4- Trabajadora Social realizara tramite extrahospitalario y dejara fecha estipulada para la toma de la muestra en el expediente.	
5- Dejar a paciente en ayunas desde las 12 mn el día del examen.	
6- Tomar 8 cc de sangre en tubo sin anticoagulante, debidamente identificado con nombre, registro y servicio.	Evitar confusión de muestras.
7- Entregar muestra con su boleta a Trabajadora Social.	
8- Trabajadora Social se responsabiliza de entregar respuestas de laboratorio mas o menos 3 días después.	

3. GONADOTROPINA CORIONICA.

3.1 Descripción.

Prueba sanguínea que busca la detección de embarazo y el diagnostico específico y seguimiento de casos de mola hidatiforme.

V.N. = > 24 mul/ml.

3.2 Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
1- Boleta debiera estar firmada por medico R3 Jefe del turno.	
2- Orientar a paciente sobre la importancia de examen y valor del mismo.	
3- Solicitar a Trabajo Social pendiente de pago o exonerado en caso necesario.	
4- Tomar primera muestra en Emergencia antes de realizar el primer legrado.	Asegurar Niveles basales de Gonadotropina en la paciente.
5- Dejar paciente en ayunas para toma de segunda muestra 48hrs después del primer legrado, y para la toma de la tercera muestra 72hrs después del segundo legrado.	Dar seguimiento a los niveles sericos de Gonadotropina en sangre, que faciliten su tratamiento medico.
6- Tomar 8 cc de sangre en tubo sin anticoagulante debidamente identificado con nombre completo y registro.	
7- Registrar examen en libro de laboratorio.	
8- Llevar muestra a laboratorio con boleta y frasco debidamente identificado con nombre completo, registro, numero de cama y cuarto y servicio.	
9- Elaborar anotaciones de enfermería y en hoja de indicaciones médicas.	Dejar constancia de la toma de muestra.

4. IgM e Ig G.

4.1 Descripción.

Prueba sanguínea que se propone detectar la presencia de toxoplasmosis nivel orgánico.

IgM = sirve para investigar toxoplasmosis activa.

Resultado = Positivo o negativo.

IgG = Sirve para investigar toxoplasmosis antigua.

Resultado = Positivo o negativo.

4.2 Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
1- Cerciorarse que indicación sea firmada por pediatra.	
2- Reportar a Trabajo Social a- Informe a padres y coordine cancelación de examen. b- Coordine con laboratorio clínico extrahospitalario. a- Entrega frasco especial para toma de muestra. b- Da fecha para toma de muestra.	Facilitar su tramite con Padres y Laboratorio Particular.
3- Tomar muestra en ayunas 5 cc en tubo especial.	Asegurar resultados correctos.
4- Rotular frasco con nombre completo y número de expediente.	Evitar confundir la muestra.
5- Entregar muestra y boleta a Trabajo Social quien se encargara de entregar resultados de laboratorio de 2 – 3 después.	

5. CITOMEGALOVIRUS EN ORINA.

5.1 Descripción.

Prueba de laboratorio realizada en muestra de orina a fin de investigar enfermedades virales en caso de embarazos asociados con fiebre, rash, principalmente cuando estos síntomas se presentan en los primeros tres meses de embarazo.

V.N. = Detectable = cuando es positivo.

No detectable = cuando es negativo.

5.2 Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
1- Indicación medica pediátrica.	
2- Boleta identificada correctamente y firmada por pediatra (boleta de citología).	
3- Recolectar 3 muestras diferentes y continuas en bolsas recolectoras de orina antes de la 1:00 p.m.	
4- Rotular muestras en forma secuencial (1-2-3) e identificarlas corectamente.	Facilitar una medicion correcta de los resultados.
5- Anotar examen en libro de Laboratorio y llevar muestra a Anatomia Patologica inmediateamente sea recolectada cada una de las muestras, con su respectiva boleta.	

6. PIAF.

6.1 Descripción.

Prueba de laboratorio realizada en sangre utilizando como método antiguo para detectar la presencia de toxoplasmosis en las pacientes embarazadas. Es un método general que valores absolutos.

V.N. = Positivo o negativo IgM.

6.2 Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
1- contestar indicación medica.	
2- Boletas deberán ser firmadas por medico pediatra.	
3- Reportar a Trabajo Social quien: a- Notificara a padres para cancelación del examen. b- Coordinara con laboratorio privado el procedimiento del examen. c- Dará fecha de cita para toma de muestra sanguínea. d- Entregara frascos especiales a personal de enfermería del servicio.	
4- Dejar a recién nacido en ayunas por 4 horas.	
5- Tomar muestra 2 cc de sangre en frasco especial.	
6- Identificar correctamente la muestra.	
7- Entregar muestra y boleta a Trabajo Social quien las enviara a laboratorio particular.	
8- Trabajadora Social entregara resultados de examen una vez sean entregados por laboratorio clínico.	
9- Elaborar notas de enfermería.	

7. UROCULTIVO.

7.1 Descripción.

Prueba de Laboratorio utilizada en una muestra estéril de orina que se realiza con el fin de investigar la presencia de bacterias específicas que esta generando infecciones de vías urinarias sistemática o asintomática.

V.N. = Negativa: ausencia de bacterias patógenas a las 48 y 72 horas de sembrada la muestra.

Positiva : Presencia de un microorganismo específico en:

R.N. = > 50,000 ufc.

Adulto = > 100,00 ufc.

7.2 Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
1- Orientar a la paciente.	Garantiza una toma correcta de la muestra y genera confianza en la usuaria/o.
2- Boleta de examen deberá ser llenada y firmada por medico con nombre completo, edad, registro, diagnostico, fecha, sexo y servicio.	Asegura que no haya perdidas de tiempo en el manejo y procesamiento de la muestra.
3- Orientar a paciente sobre toma de examen.	
4- Coordinar con Trabajo Social tramites de cancelación.	
5- Explicar a paciente procedimiento a seguir antes de tomar muestra. ☞☞☞ Que al iniciar micción deberá descartar cierta cantidad de orina y posteriormente recolecta la muestra en frasco estéril.	Asegurar la toma de una muestra limpia.
6- Rotular frasco estéril y entregarlo a paciente (nombre completo, registro, servicio).	Evitar confusión de muestras.
7- Anotar examen en libro de laboratorio.	Dejar evidencia del ingreso a laboratorio.
8- Llevar muestra y orden debidamente identificadas a laboratorio.	Manipular muestras con guantes descartable.
NOTA: En caso de tener sonda vesical en permanencia hacer asepsia y aspirar 10 cc de orina con jeringa estéril del extremo distal de la sonda.	

8. CREATININA EN ORINA DE 24 HORAS.

8.1 Descripción.

Es una prueba de laboratorio realizada con la muestra de orina eliminada por la paciente durante 24 horas continuas, la cual es recolectada en garrafa especial conteniendo reactivo específico para este test. Su finalidad es evaluar el funcionamiento renal a través de la eliminación de creatinina a través de la orina.

V.N. = 20 = 30 mg/dl.

8.2 Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
1- Coordinar con Trabajo Social la cancelación o exoneración del examen.	
2- Orientar a paciente sobre recolección de la orina durante 24 horas en garrafa especial para depuración de creatinina.	Asegurar la recolección completa de la muestra.
3- Retirar garrafa de laboratorio con vale presentando boleta de examen para su debida preparación en laboratorio con el reactivo correspondiente.	
4-Rotular garrafa con nombre completo, registro, edad, peso, talla, hora de inicio y hora de finalización, fecha, firma de enfermera responsable.	Evitar confusión de muestra.
5- Improvisar embudo de frasco de suero y mantener garrafa tapada.	Evitar derrames de orina.
6- Recolección de muestra se deberá podrá iniciar a partir de las 7:00 AM. Estrictamente, y una vez finalice la recolección, la muestra será entregada a laboratorio dentro de esta misma hora.	
7- Tomar muestra s sanguíneas de creatinina en sangre a las 24 horas, durante la recolección de orina: R.N. = 1 – 2 cc de sangre. Adulto = 2 - 4 cc de sangre.	
8- Al cumplir las 24 horas, enviar garrafa con toda la orina recolectada durante ese periodo a Laboratorio previa anotación en libro de laboratorio.	Suspender envío en caso de eliminarse o derramarse algún contenido de orina, dado que se alteran los resultados que se requieren.

9. ANTIGENOS AUSTRALIANOS.

9.1 Descripción.

Es una prueba de laboratorio que se realiza para investigar anticuerpos específicos de hepatitis B a nivel serico.

Resultado = Positivo o negativo.

9.2 Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
1- Notificar a Trabajadora Social para que: α- Coordine con laboratorio particular. β- Coordine cancelación con padres de familia. χ- Que proporcione frasco especial de química sin anticoagulante. δ- Señale fecha para toma de muestra.	Facilitar el tramite.
2- Cerciorarse que boleta este firmada por medico pediatra.	
3- Tomar muestra sanguínea 2 – 3 cms., con paciente en ayunas y depositarla en frasco especial.	
4- Entregar muestra a Trabajo Social debidamente identificada con nombre completo, registro y servicio.	Evitar confusión de muestra.
5- Respuesta de examen será entregada por trabajo social una vez enviados los resultados del laboratorio clínico privado a los días.	

10. ULTRASONOGRAFIA (USG) OBSTETRICA.

10.1 Descripción.

Es una evaluación sonografica mediante ondas cuya frecuencia rebasa el limite de los sonidos audibles transformándose en imagen. El ultrasonido diagnostico es un estudio auxiliar de gran importancia en el manejo del embarazo porque proporciona una visualización de la Anatomía interna de la pelvis femenina y del feto, a fin de investigar edad gestacional, malformaciones fetales, implantación placentaria, desarrollo fetal, calcificaciones placentarias, madurez placentaria, etc.

10.2 Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
1- Orientar a paciente sobre el examen.	
2- Boleta de ultrasonografia deberá estar firmada por medico residente de planta en el servicio a donde paciente este ingresada.	
3- Verificar previamente y proporcionar dieta a paciente si la tuviese indicada, antes del examen.	Facilitar una adecuada lectura diagnostica.
4- Llevar paciente a Depto. de Ultrasonografía y sentar a paciente en sillas de espera.	
5- Entregar expediente a secretaria y sentar a paciente en sillas de espera.	Asegurar que a paciente le realicen el procedimiento.
6- Estar pendiente de llegar a traer paciente una vez haya finalizado el procedimiento (en casos de paciente de alto riesgo, quedarse juntos a paciente y asistirle durante el procedimiento).	En pacientes de mediano y alto riesgo su transporte debe ser en carro y no debe dejarse sola, para evitar accidentes, además de un manejo rapido en caso de eventos criticos.
NOTA: Si paciente tiene menos de 15 semanas de gestación proporcionar de 3 a 6 vasos de agua. En casos de paciente N X B orientarlas a retener orina desde 5 a.m., o pinzarle sonda vesical desde esa hora si tuviera sonda vesical en permanencia.	

11. BIOPSIA RENAL CONDUCTIDA POR ULTRASONOGRAFIA.

11.1 Descripción.

Extracción de muestra de tejido renal con aguja dirigida por ultrasonografía.

11.2 Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
1- Verificar que indicación y boleta estén autorizadas por nefrólogo previa interconsulta.	
2- Orientar a paciente sobre el procedimiento.	Genera confianza a la usuaria.
3- Coordinar con nefrólogo fecha y hora del procedimiento y notificar a Rx.	
4- Coordinar con trabajo social la cancelación, o exoneración en caso necesario.	Facilita el tramite del procedimiento.
5- Informar a familiares.	Genera confianza del manejo y tratamiento en la usuaria.
6- Preparar en servicio equipo completo y llevarlo a Rx juntos con paciente en la fecha acordada. <i>EQUIPO:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Equipo se asepsias. • Xilocaina. • 2 jeringas de 10 cc. • Agujas # 18. • Curaciones y torundas de gasa estéril. • Campos estériles. • Jabón yodado. • Aguja trucut. • Frasco especial para biopsia. • Hoja de bisturí #11 o 10. • Pinza de trasferencia. • Esparadrapo. 	Evita perdida innecesaria de tiempo y esfuerzos.
7- Elaborar anotaciones de enfermería.	Dejar constancia de que se realiza el procedimiento.
8- Vigilar características y cantidad de orina posterior al procedimiento (se observara hematurica, durante las dos primeras horas).	Reportar de inmediato anomalidades detectadas.

12. PIELOGRAMA ENDOVENOSO.

12.1 Descripción.

Evaluación radiologica a través de la inyección previa de material de contraste que permite dibujar el aparato urinario a fin de descartar patologías como: litiasis renal, malformaciones congénitas, lesión iatrogenica de uretesis, etc.

12.2 Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
1- Boleta deberá ser firmada por Medico Residente de Nivel tres.	
2- Informar a Trabajo social para cancelación.	- Coordina con paciente y familiares - Facilita la realización del procedimiento.
3- Orientar a paciente sobre procedimiento.	Genera confianza de su tratamiento y colabora más durante el procedimiento.
4- Solicitar cita a Rx con boleta, recibo y expediente.	
5- Un día anterior al examen administrar 1 frasco (60 cc) de aceite de recino 4 p.m.	Limpia el Intestino de residuos.
9- Administrar dieta liquida en la cena.	Se evitan los alimentos sólidos por el alto contenido de residuos.
7- N X B a partir de medianoche.	
8- Colocar dos enemas evacuanes con agua jabonosa (5 a.m.) el día de la cita (reportar si no lo tolera).	Limpiar el Intestino grueso de residuos.
9- Catetizar vena con pericraneal y Solución Salina Normal 250 cc.	Facilitarle un acceso venoso.
10- Llevarla a Rx a las 7 a.m.	
11- Estar pendiente de llegar a traer paciente una vez finalice procedimiento.	
12- Realizar anotaciones de enfermería.	Dejar evidencia escrita de la realización del procedimiento, y anomalidades que pudiera presentar la paciente.

13. **ENEMA BARITADO.**

13.1 Descripción.

Evaluación radiológica en la cual es necesaria la colocación de material de contraste a través del recto para poder observar radiológicamente la porción interior del colon o recto, a fin de detectar malformaciones, pólipos, obstrucciones, fístulas u otros, en esa región corpórea.

13.2 Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Todos los pasos a seguir en el pielograma endovenoso, excepto que paciente <u>no lleva venoclisis</u> (omitir paso N° 9)	
1- Boleta deberá ser firmada por medico residente tres.	
2- Informar a Trabajo social para cancelación.	Facilita el tramite del procedimiento.
3- Orientar a paciente sobre procedimiento.	Genera confianza de su tratamiento y colabora más durante el procedimiento
4- Solicitar cita a Rx con boleta, recibo y expediente.	
5- Un día anterior al examen administrar 1 frasco (60 cc) de aceite de recino 4 p.m.	
9- Administrar dieta liquida en la cena.	
7- N X B a partir de medianoche.	
8- Colocar dos enemas evacuantes con agua jabonosa (5 a.m.) el día de la cita (reportar si no lo tolera).	Limpiar el Intestino grueso de residuos.
9- Catetrizar vena con pericraneal y Solución Salina Normal 250 cc.	Facilitarle un acceso venoso, para la administración de medio de contraste.
10- Llevarla a Rx a las 7 a.m.	
11- Estar pendiente de llegar a traer paciente una vez finalice procedimiento.	
12- Realizar anotaciones de enfermería.	Dejar evidencia escrita de la realización del procedimiento, y anomalías que pudiera presentar la paciente

14. **ULTRASONOGRAFIA GINECOLOGICA O PELVICA.**

14.1 Descripción.

Es la evaluación de estructura intrapelvica aplicado técnica doppler para investigar fibromatosis uterina, malformaciones uterinas, tumores, detección de embarazos ectopicos, adherencias, detección de hematomas o colección de pus o sangre en el fondo del saco y otros diagnósticos clínicos.

14.2 Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
1- Boleta firmada por medico residente y autorizada por medico Jefe de Residentes, en fin de semana firmada por R3 Jefe de turno.	
2- Reportar a Trabajo Social para los tramites de cancelación correspondiente.	Facilita el tramite del procedimiento.
3- Orientar y asegurarse que paciente ingiera de 3 – 6 vasos de agua, si paciente este N X B dejarla que retenga orina desde 5 a.m., o pinzar sonda vesical si la tuviese colocada. NOTA: En caso de tener venoclisis indicada pasarle carga hidrica de 500 cc previa indicación medica.	Permite que la usuaria tenga la vejiga llena antes y durante el procedimiento, que facilita la visualizacion de útero y anexos.
4- Llevar paciente a Depto. de U/D en 2ª. Planta a las 7 a.m. en silla de ruedas o carro de transporte según su estado.	
5- Entregar expediente clínico a secretaria.	Asegurar la realización del procedimiento.
6- Enfermería deberá quedarse junto a paciente fuese de alto riesgo.	Detectar inmediatamente anomalías que pueda presentar la usuaria.
7- Traslado de paciente a su servicio una vez finalizado el procedimiento.	Favorecer el descanso en la usuaria.
8- Elaborar anotaciones de enfermería correspondientes.	Dejar evidencia escrita de la realización del procedimiento, y anomalías que pudiera presentar la paciente.
- Este tipo de ultrasonografia serán realizadas según horarios en la 2ª. planta; de lunes a viernes de 9 a.m. en adelante en el área de consulta externa previa coordinación con Trabajo Social y secretaria del Departamento de Ultrasonografia.	

15. ULTRASONOGRAFIA ABDOMINAL O RENAL.

15.1 Descripción.

Evaluación de estructuras abdominales a través de ondas sonográficas a fin de investigar tamaños, agenesia o hipoplasia, riñones ectópicos, litiasis renal u otro tipo de hallazgo clínico.

15.2 Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
1- Boleta deberá ser firmada por medico residente tres o jefe de Residentes.	
2- Orientar a paciente sobre procedimiento.	- Genera confianza de su tratamiento y colabora más durante el procedimiento.
3- Informar a Trabajo Social para tramite de cancelaciones respectivas o emisión de recibos pendientes de pago.	- Coordina con paciente y familiares - Facilita la realización del procedimiento.
4- Procedimiento realizado de lunes a viernes previa solicitud de cita a Rx.	
5- Dejarla en ayuno por 6 horas antes del procedimiento.	
6- Llevar paciente a Rx a las 7 a.m. el día de su cita en silla de ruedas.	
7- Estar pendiente de trasladar paciente una vez finalizado procedimiento a su servicio.	

16. ULTRASONOGRAFIA HEPATICA.

16.1 Descripción.

Evaluación del hígado por medio de doppler a fin de detectar masas, abscesos o malformaciones del órgano y anexos.

16.2 Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
1- Orientar a paciente sobre el examen.	Genera confianza de su tratamiento y colabora más durante el procedimiento.
2- Coordinar con Trabajadora Social tramite de cancelación o pendiente de pago.	- Coordina con paciente y familiares - Facilita la realización del procedimiento.
3- Sacar cita en Departamento de Radiología.	Agilizarla realización del procedimiento
4- Dejar a paciente en ayunas desde 12 mm el día de la cita.	
5- Llevar paciente a Departamento de Radiología a las 7 a.m.	
6- Llegar a traer paciente una vez haya finalizado procedimiento y trasladarla a su servicio.	
7- Elaborar anotaciones de enfermería.	Dejar evidencia escrita de la realización del procedimiento, y anomalías que pudiera presentar la paciente.
NOTA: Boleta deberá estar firmada por medico residente de planta y autorizada por medico Jefe de Residentes.	

17. ULTRASONOGRAFÍAS RENALES (PEDIÁTRICAS).

17.1

Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
1- Verificar que boleta sea firmada por pediatra.	
2- Pediatras coordinan U/S con medico radiólogo, señalando fecha y hora de examen.	
3- Administrar abundantes líquidos de 3 horas antes del examen.	
4- Llevar recién nacido en la fecha y hora estipulada.	
5- Acompañar a recién nacido durante todo el procedimiento.	Genera seguridad al neonato.
6- Elaborar notas de enfermería correspondiente.	Dejar evidencia escrita de la realización del procedimiento, y anomalías que pudiera presentar la paciente.

18. ELECTROCARDIOGRAMA (EKG).

18.1 Descripción.

Registro de la actividad eléctrica del corazón a fin de detectar anomalías cardíacas por medio del trazo isoelectrico: arritmias, infarto del miocardio, bloques de rama, etc.

18.2 Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
1- Orientar a paciente sobre el examen.	
2- Encender aparato, colocarle accesorios a la usuaria utilizando electrogel como aislante.	Traer electrocardiógrafo de oficina de Enfermeras para pacientes hospitalizados.as (en ausencia de personal capacitado, controlar a supervisora de turno).
3- Tomar examen.	
4. Retirar accesorios y limpiar residuos de Gel en la usuaria	Favorecer comodidad y confort a la usuaria.
5- Identificar trazo con nombre completo, registro, edad, diagnostico, TA, servicio, hora y fecha (en caso de medicación especial anotarla).	
5- Registrarlo en anotaciones de enfermería y en tabulador mensual de electrocardiogramas.	Dejar evidencia escrita de la realización del procedimiento, y anomalías que pudiera presentar la paciente.

19. BIOPSIA DE MAMA.

Descripción.

Extracción de tejido mamario el cual puede ser a través de la introducción de aguja o por extirpación quirúrgica parcial o completa del tumor; a fin de evaluar malignidad en la masa.

Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
1- Orientación a paciente sobre examen y pedirle que se bane antes del procedimiento.	Genera confianza de su tratamiento y colabora más durante el procedimiento.
2- Preparación de equipo de pequeña cirugía, anexándole aguja Trucut.	Evita perdidas de tiempo y esfuerzos.
3- Medico realizara: α- Asepsia y antiasepsia. β- Aplicación de anestésico local. χ- Toma de muestra con aguja Trucut. δ- Colocación de muestra en frasco con formalina. ε- Colocara sello con curación estéril en región de la biopsia.	
4- Personal de enfermería identificara muestra con nombre completo, registro, tipo de muestra, medico, fecha, servicio, firma de persona que rotula muestra.	Evita confusión de muestras.
5- Trasladar paciente a su unidad en silla de ruedas.	Ofrece comodidad y confort a la usuaria.
6- Elaborar anotaciones de enfermería.	Dejar evidencia escrita de la realización del procedimiento, y anomalías que pudiera presentar la paciente.
7- Llevar muestra a Anatomía Patológica.	Evita perdida o destrucción de la muestra.
NOTA: No es necesario dejar a paciente en ayunas.	

20. MAMOGRAFIAS.

20.1 Descripción.

Examen radiológico que permite evaluar el tejido mamario en pacientes mayores de 35 años que manifiestan presencia de dolor de mamas sin masas aparentes.

20.2 Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
1- Boleta debidamente identificada y autorizada por oncologo.	
2- Coordinar con Trabajo Social colaboración economica.	
3- Orientar la paciente sobre el examen y que no use talco, desodorante, ni que se moje el cabello el día del procedimiento.	- Genera confianza de su tratamiento y colabora más durante el procedimiento. - Evita que le suspendan el procedimiento.
4- Solicitar cita a Rx con boleta y recibo.	
5- Proporcionar desayuno a paciente 6:30 a.m. el día del examen.	
6- Llevar paciente a Depto. de Radiología a las 7 a.m. el día de la cita con su expediente clínico, boleta y recibo de cancelación o pendiente de pago.	
7- Estar pendiente de llegar a traer paciente una vez haya finalizado procedimiento.	
8- Elaborar notas de enfermería respectivas.	Dejar evidencia escrita de la realización del procedimiento, y anomalías que pudiera presentar la paciente.

21. MONITOREO FETAL.

Descripción.

Es una evaluación fetal realizada a través de un trazo bioeléctrico durante la cual se relaciona el comportamiento de la FCF en presencia de actividad uterina.

Esta prueba se realiza generalmente en pacientes de alto riesgo como: retardos del crecimiento fetal, líquido meconial, preeclampsia grave o leve, embarazos asociados a diabetes o con otras patologías sobreagregadas.

Valoración normal será cuando la FCF no presenta variabilidad o desensos en presencia de contracciones.

VALORACION.

- a- Negativo: Indica adecuado bienestar fetal – pasara paciente a patología, a excepción de que haya indicación de parto monitorizado.

Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
1- Contar con indicación medica, por factores de riesgo en la usuaria.	Hacer un mejor diagnostico clínico
2- Pasar paciente a cubículo de monitoreo en presencia o ausencia de trabajo de parto.	
3- Cateterizar vena si medico indicara hidratación o conducción.	Facilitar un acceso venoso que permita la hidratación de la usuaria.
4- Vigilar conducta de paciente y estar pendiente de resultado de monitoreo.	
5- Finalizada la prueba pasar paciente a su cubículo, si resulta negativo.	Determina que los riesgos fetales se descartan en ese momento.
❶ Si prueba resulta POSITIVA deberá ser evaluada por medico de mayor jerarquía y se prepara a paciente para cesárea, con traslado inmediato a Sala de Operaciones.	Determina que los riesgos fetales son elevados.

22. ESTRESS TEST (NST), PRUEBA SIN ESTIMULO (PSS).

22.1 Descripción.

Es una prueba de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) en condiciones basales, observandose los cambios fetales. Usualmente se realiza a partir de las 32 semanas de amenorrea. Su duración es aproximadamente de 20 a 30 minutos haciendo un registro eléctrico en papel milimetrado.

La interpretación puede ser la siguiente:

REACTIVA: Este resultado traduce un feto en aparentes buenas condiciones en un 95% de los casos.

NO REACTIVA: Resultado que define que el feto probablemente esta en malas condiciones en un 70 - 75% de los casos.

22.2 Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
1- Asegurarse de la indicación medica escrita.	
2- Orientar a paciente sobre el procedimiento.	Genera confianza de su tratamiento y colabora más durante el procedimiento.
3- Proporcionar alimentación a la paciente 20 30 minutos antes de la evaluación. En este caso de pacientes encamadas que se encuentran N X B administrar aporte calórico vía endovenosa con 50 cc de DW 50%, previa indicación medica.	Favorecer aporte calórico a la usuaria que facilite una mejor evaluación fetal.
5- Monitorizar el tiempo posterior a la administración del aporte calórico y avisar al medico pasados los 20 minutos en caso de pacientes ambulatorias.	
6- Conducir pacientes al cuarto de monitoreo fetal y acostarla en posición semi-fowler y en decúbito lateral.	Ayudarla durante el procedimiento.
7- Medico deberá registrar signos vitales al inicio y durante el periodo que dure la evaluación.	
• De no obtenerse respuesta fetal en un periodo de 20 – 30 minutos, el test se prolongara otro tiempo igual estimulando al feto, caso contrario deberá prepararse a la paciente para un OCT (prueba de tolerancia a las contracciones). Si el NST resulta no reactivo.	Propone una mejor alternativa diagnostica.

23. ECOCARDIOGRAMA O NOCARDIOGRAMA

23.1 Descripción.

Evaluación cardiaca por medio del sonido para investigar malformaciones en las cámaras cardiacas.

23.2 Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
1- Medico elabora solicitud de interconsulta.	
2- Trabajadora Social coordinar fecha de interconsulta con cardiólogo.	Facilita el tramite del Procedimiento.
Para interconsulta de cardiología deberá presentar: α- Electrocardiograma. β- Ecocardiograma digitalico.	Evita perdidas de tiempo y esfuerzos.
4- Familiares aportaran colaboración para la realización de ecocardiograma.	
5- Trabajadora Social solicitará cita para ecocardiograma e informara de la fecha de cita a la unidad donde se encuentre hospitalizada la usuaria o..	Facilita el tramite del procedimiento.
En casos de RN el Día de examen madre cancelara en Hospital Bloom el valorar del examen y pasara con recién nacido a realizarle el examen.	La compañía de los padres genera seguridad al neonato.
Enfermera del servicio llevara paciente en ambulancia acompañada por medico interno de planta en recién nacido.	Facilitar el transporte para el examen.
8- Respuestas del examen será reclamado por señor motorista el siguiente día y entregado por Trabajo Social al servicio.	

24. RADIOGRAFIA DE TORAX.

24.1

Evaluación radiológica del tejido pulmonar.

Descripción.

24.2

Pasos.

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
1- Tener orden de Rx doble firmada por medico residente.	
2- Orientar a la usuaria sobre el procedimiento.	Genera confianza de su tratamiento y colabora más durante el procedimiento.
2- Llevar a paciente a Rx .	- Facilitar el Dg de la Usuaría. - Llevarla Caminando si paciente es ambulatoria, caso contrario en silla de ruedas o carro de transporte según condición.
3- En caso de paciente cuyo estado sea sumamente delicado, pedir Rx portátil telefónicamente al Depto. de Radiología.	
4- Realizar anotaciones de enfermería.	Dejar evidencia escrita de la realización del procedimiento, y anomalías que pudiera presentar la paciente.

25. QUIMIOTERAPIA

1- Protocolos y requisiciones deberán ser firmadas por Oncologo desde un día anterior.

Requisiciones deberán ser firmadas por:

☛ Oncologo 8 a.m.

*☛ Trabajadora Social 8:30 a.m.

☛ Dr. Fonseca 9 a.m.

(el día que se aplicara la Qt).

Secretaria del Servicio llevara requisiciones y retirara medicamento de farmacia y la entregara a enfermera responsable del cuarto de Qt. Antes de las 11 a,m, con copia de las requisiciones.

Equipar cuarto de quimioterapia.

Anotar pacientes de Qt del día, en el libro de quimioterapia.

NOTA: En caso de reclamar un día anterior el medicamento a farmacia, enfermera responsable del servicio deberá guardarlo bajo llave en bodega del servicio.

CAPITULO VI

PROCEDIMIENTOS INVASIVOS



EXTRACCIÓN DE MUESTRA DE SANGRE EN EL ADULTO

TECNICA DE

1.1 Definición

- Extraer a través de una aguja hipodérmica sangre de una vena.

1.1.2 Objetivos

- Obtener muestras de sangre para análisis clínicos
- Ayudar al diagnóstico médico

1.1.3 Principios Científicos

- La piel normalmente alberga microorganismos inofensivos en la superficie, pero si se vuelve patógenos al entrar en los tejidos o torrente sanguíneo por lo que debe hacerse limpieza de la zona que puncionará.
- El torniquete se emplea para obtener la mayor circulación venosa retrógrada.
- Cada paciente en particular necesita explicación de los procedimientos que se le efectúen para disminuir el temor y obtener colaboración de su parte.
- El error es posible en toda actividad, en una muestra sanguínea mal identificada puede llevar al paciente a fatales consecuencias.

1.1.4 Equipo

- Jeringa
- Agujas # 18 y 21
- Frasco de vidrio de diferentes tamaños con o sin oxalato
- Jabón germicida
- Agua Estéril
- Algodones con alcohol
- Tijeras
- Torniquete; impermeable
- Depósito de agua jabonosa
- Esparadrapo
- Vasijas p/ desechos
- Vasijas para colocar muestras

Pasos

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Identificar e instruir al paciente.	- Tomar datos de la hoja de ingresos y egreso del expediente.
- Rotular frascos con registros de la paciente.	- El registro deberá escribirse con lápiz, excepto en las pruebas cruzadas, que se hará con bolígrafo y se agregará el nombre, fecha y servicio.
- Lavado de manos	
- Seleccionar vena y colocar impermeable	- El impermeable será colocado debajo de cualquiera de los miembros donde se selecciona la vena.
- Realizar limpieza con jabón, agua y alcohol.	- La limpieza se hará del centro a la periferia.
- Colocar torniquete	
- Puncionar vena y extraer la cantidad de sangre necesaria.	
- Retirar aguja de la jeringa deposite muestra de sangre en el frasco.	- Movilizar en forma lenta si se usa frasco con coagulante.
- Descarta aguja y jeringa en depósito destinado para material altamente contaminante.	
- Hacer anotaciones en libro correspondiente de exámenes tomados.	- Asegurarse que boleta de examen indicados estén rotulados correctamente.
- En hoja de indicación anotar hora en que se tomó examen e iniciales.	

1.2 TECNICA DE EXTRACCION DE SANGRE EN EL RECIEN NACIDO

1.2.1 Definición

-- Es la extracción de sangre de una vena en el recién nacido.

1.2.2 Objetivo

- Extraer sangre para análisis clínicos con fines de diagnósticos.

1.2.3 Principios

Científicos

- Puede percibirse por palpación un impulso en toda arteria situada cerca de la superficie cutánea.
- La piel protege al cuerpo de bacterias pero no esta libre de ellas por lo que debe hacerse limpieza de la zona que se puncionará.
- El torniquete se emplea para detener la circulación venosa retrograda.
- El error es imposible en toda actividad, en una muestra sanguínea mal identificada puede llevar al paciente a fatales consecuencias.

1.2.4 Equipo

Estéril

- Jeringas
- Aguja hipodérmica
- Hisopos
- Frascos de Vidrio con solución de jabón antiséptico
- Jabón antiséptico, agua estéril
- Alcohol al 90%
- Pinza de transferencia

No estéril

- Algodones con alcohol y secos
- Tubos de laboratorio
- Láminas
- Esparadrapo
- Mascarilla y gorro
- Tijera
- Tirro
- Vasija para desechos
- Depósitos para desechos cortopunzantes

1.2.5 Pasos

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Identificar al niño	- Comparar brazalete con tarjeta
- Rotular frasco para muestra con el número del registro del paciente y nombre completo.	- El registro debe escribirse con bolígrafo y se agrega el nombre completo.
- Seleccionar vena a puncionar (vena basilica u otra periférica de grueso calibre)	- Reportar al médico, si no es posible cateterizar vena.
- Inmovilizar al niño.	- Cuidar que este bien inmovilizado sin lastimarlo.
- Efectuar limpieza de la región con jabón, agua y alcohol.	- Hacer asepsia del centro a la periferia. - Usar mascarilla y gorro.
- Puncionar vena y extraer la cantidad de sangre necesaria.	- Antes de puncionar vena asegurarse que la aguja no esté obstruida y que la jeringa no esté floja. - Si el frasco contiene oxalato deberá movilizarlo con cuidado para no provocar hemólisis. - Asegurarse que se vierta la cantidad necesaria en cada frasco.
- Proteger el sitio de punción con algodón.	- No aprete demasiado el esparadrapo.
- Hacer anotaciones	

1.3 TECNICA DE VENOCISIS EN EL RECIEN NACIDO

Definición

- Es la administración de líquidos en una vena.

Objetivo

- Proporcionar líquidos, sales nutrientes cuando el niño los necesita.
- Lograr un efecto rápido del medicamento.

Principios

Científicos

- La piel protege al cuerpo de bacterias pero no está libre de ellos. La administración venosa de líquidos requiere que se desinfecte la piel del sitio de inyección y que las agujas estén estériles.
- La cantidad de líquidos que pasan a la vena depende de la altura a que se encuentren los frascos que lo contienen y el calibre de la aguja que se usa.
- Las moléculas de glucosa son de menor tamaño que las de otros azúcares, se absorben con rapidez; por eso se usa esta sustancia para administración intravenosa.
- La infusión líquida aumenta la frecuencia del pulso y el trabajo cardíaco, el goteo no controlado produce sobrecarga del líquido circulante.
- La inmovilización a nivel de articulación impide los movimientos normales y causa dolor.
- La fijación eficaz permite una mayor movilidad para el paciente sin interrumpir el flujo constante de la solución.

1.3.1 Equipo

- Equipo de venopunción
- Recipientes con trozos de algodón seco
- Recipientes con trozos de algodón con alcohol
- Intracat # 24 y # 22
- Torniquete
- Tijeras
- Esparadrapo
- Gigante
- Sábanas y dayperes según necesidad
- Vasija para desechos

1.3.2 Pasos

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Identificar al paciente	- Comparar tarjeta de indicaciones y brazalete.
- Traslade al paciente a la mesa de tratamiento y proceda a inmovilizarlo tipo monia, después de seleccionar vena.	- Dejar libre el miembro donde se selecciono la vena. - Si se trata de un paciente grave o delicado movilizarlo dentro de la incubadora (no abrir campana de incubadora). - Debe cuidarse de dar al niño espacio suficiente para respirar cuando esta sometido a su jección. - Para seleccionar vena debe tomarse en cuenta: * Estado de la vena * Comodidad del Paciente
- Efectúe limpieza para canalizar vena	- Dejar sin aire al descartable antes de canalizar vena. - Colocar el suero a una altura baja 75 cms del nivel del paciente. - Hacer la asepsia del centro a la periferia.
- Fije intracat con esparadrapo, habrá en cuenta gotas y coloque inmovilizador.	- Dejar libre la zona donde canalizó vena para facilitar la observación. - No aprete esparadrapo que fija la férula y el miembro. - Poner esparadrapo protegido para no lacerar la piel al inmovilizar.
- Regule goteo según indicación médica, agregue al suero, medicamentos indicados en este y pegar viñeta.	- La viñeta debe de contener: fecha, hora de aplicación, tipo de suero, hora en que termina, medicamentos agregados, número de gotas por minuto y firma de quién lo aplica. - Observar goteo, cambios de color de piel, edema, pequeños sangramientos del área de venocisis, respiración alterada, frecuencia cardiaca. Notificar al médico cualquier anomalía.
- Si el suero se administra por medio de bomba, programar goteo correctamente.	- Si da alarma corregir falla.
- Hacer anotaciones	Dejar evidencia escrita de la realización del procedimiento, y anomalías que pudiera presentar la paciente.

1.4 TECNICA DE EXTRACCION DE MECHA, COMPRESA O TAMPON DE CANAL VAGINAL

1.4.1 Definición

- Es la acción de extraer una mecha, compresa o tapón del canal vaginal

1.4.2 Objetivo

- Prevenir infecciones
- Dar comodidad a la paciente

1.4.3 Principios

Científicos

- Las cavidades cerradas, oscuras y húmedas son excelente medio de proliferación de microorganismos patógenos.
- Generalmente la irritación de la mucosa produce aumento de secreciones, la vaginal está revestida por moco y se vuelve ácido mediante la acción de fermentación de la flora bacteriana, produciendo secreciones que tiene olor desagradable.

1.4.4 Equipo

- Un par de guantes
- Equipo de aseo vulvar

1.4.5 Pasos

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Lavar las manos	
- Identificar y orientar a la paciente	
- Colocar en posición ginecológica	- Dar privacidad a la paciente
- Practicar ase vulvar	- Procurar que la paciente miccione antes del aseo
- Colóquese guantes y retire mecha, compresa o tapón.	- Si no está visible los hilos del tapón, explore vaginal, si no palpa nada avise a su jefe inmediato.
- Efectuar limpieza genital nuevamente si es necesario.	- Usar otra pinza para el aseo.
- Colocar Kotex	
- Dejar cómoda a la paciente	
- Hacer anotaciones	- Describir reacciones del paciente y características de mecha o tapón retirado.

1.5 TÉCNICA DE ASPIRACIÓN DE SECRECIONES TRAQUEO BRONQUIAL EN PACIENTES INTUBADOS

1.5.1 DEFINICIÓN

- Es la acción por medio del cual se aspiran secreciones acumuladas en el tracto bronquial.



Objetivos

- Evitar acumulación de secreciones bronquiales y facilitar su evacuación.
- Mejorar la eficacia y la distribución de la ventilación.
- Aumentar la reserva cardiopulmonar.



Principios

- El moco secretado por los bronquiolos pueden obstruir el tubo traqueal y ocasionar dificultad para la oxigenación.
- El organismo necesita de O₂ para vivir, la aspiración traqueal es una forma suplementaria para el desalojo de secreciones que fisiológicamente se da por los mecanismos del árbol traqueo bronquial (tos, estornudos).
- La aspiración es un medio que favorece la proliferación de microorganismos constituyendo además una puerta de entrada para la infección.



Equipo

- | | |
|---|--------------------------------|
| Estéril | No estéril |
| - Vasija con sondas estériles | - Aspirador eléctrico |
| - 1 Vasija estéril con agua estéril | - Depósito desechable |
| - Solución salina normal | - Vasija con solución de lejía |
| - 2 Sondas de aspirar guante estéril | - Mascarilla descartable |
| - 1 Jeringa de 10cc con solución salina al ½ (para adultos) | |
| - 1 Jeringa de 3cc con solución salina al ½ o lo indicado por Médico (para niños) | |
| - 1 Curación | |

- 4 Torundas de gasa



Precauciones

- Valorar el estado del paciente
- Determinar la necesidad que tenga el paciente de aspirarse.
- En adulto reportar al médico si el balón exterior del tubo está demasiado insuflado.
- No olvidarse de controlar signos vitales previamente
- Oxigenar previamente al paciente..



Pasos

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Lavado corriente de manos	- Hacerlo antes de calzarse guantes. - Asegurarse que esté completo.
- Preparar el equipo	
- Identificar y orientar al paciente.	
- Colocarse Mascarilla	
- Lavado corriente de manos	
- Pre-oxigenar al paciente FiO ₂ un 20% de la indicada y al finalizar la aspiración disminuir gradualmente de 10 en 10 el porcentaje aumentado de FiO ₂ .	
- Asegurarse que tubo de adaptador al ventilador no esté apretado.	- Introducir en el tubo solución salina ½ cc en el niño y de 2 a 3 cc en el adulto. - Si se hace lavado bronquial.
- Encender el aspirador	
- Calzarse guantes	- Utilizar mano enguantada para manejo de material estéril.
- Tome la sonda y adáptale al ligón del aspirador.	
- Desadapte el tubo del circuito suavemente de manera que le permita manipularlo con la mano sin guante.	- Utilice curación para manipular tubo endotraqueal. - Evite la extubación. - No ocluir el interruptor de la sonda al introducirla. - Tener cuidado de no contaminarse los guantes. - Cerciorarse que la sonda sea de menos calibre que el tubo. - Introduzca sonda de aspirar hasta que sienta resistencia, retirando ½ cms en el niño y 2 a 3 cms en el adulto.
- Proceda a aspirar pulmón derecho.	- Cierre interruptor de sonda y rote la cabeza hacia el lado izquierdo. - aspire haciendo movimientos rotativos, y retirando suavemente. - La aspiración en el niño no debe durar más de 5 – 10 segundos y en el adulto de 10 – 15 segundos.
- Se vuelve a oxigenar y ventilar durante 5 ciclos ventilatorios.	- Limpie sonda en cada aspiración con una torunda estéril. - Espere a que se normalicen sus signos vitales para iniciar la próxima aspiración y una saturación de O ₂ arriba de 95%.
- Pasar agua estéril a sonda de aspirar y aspire pulmón izquierdo.	- Rote la cabeza al lado derecho.
- aspire boca y fosas nasales.	- Usar otra sonda.
- Colocar sondas utilizadas en solución de lejía, Asegurarse que tubo orotraqueal queda asegurado.	- Descartar sondas cuando sean utilizadas en la aspiración de pacientes infectocontagiosas, (Herpes, varicela, pseudomonas, SIDA, Hepatitis.)
- Hacer anotaciones de enfermería.	
- Lavar sondas con jabón desinfectante.	- Pasar solución a las sondas con jeringas a presión. - Escurrir sondas.
- Colocar sondas en solución desinfectante.	- Cerciorarse que sondas de aspirar queden cubiertas con solución.
- Pasar agua estéril a sondas con jeringas.	- Colocarse gorro, mascarilla y guantes.
- Secar sondas con paños estériles y colocarlas en vasija estériles.	- Cambiar vasija estéril c/12m y cuando se contamina.
- Cambiar frascos de aspirador c/12m.	- Lavar y desinfectar antes de ser utilizados nuevamente (utilizar lejía al 1% durante 30 minutos)
- Cambio de solución desinfectante.	- Utilizar cetylclide al 1% durante 30 minutos.

1.6 TECNICA DE ENEMA EVACUANTE



- Es la introducción de una solución de agua jabonosa en el recto.

DEFINICIÓN



- Limpiar el recto y parte inferior del intestino grueso.

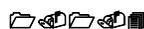
OBJETIVO



Científicos

- El intestino grueso por su posición toma las siguientes nombres: colon ascendente, transverso y descendente, aquí se alojan las materias fecales y se mueven por la contracción y relajación de los músculos involuntarios, haciendo que las materias fecales se dirijan hacia el recto, el recto mide unos 15 cms.
- La privacidad durante el procedimiento da más tranquilidad al paciente.
- La solución se pasa con lentitud para no molestar al paciente y para evitar lesiones de la mucosa.
- Cuanto más alto se tenga la solución, mayor será la presión de la misma.
- Todo procedimiento en donde se exponen los genitales produce temor e incomodidad al paciente; la enfermera debe de explicar el procedimiento y dar apoyo emocional.
- El envase de la solución no debe estar a más de 60 cms por encima de la cama.
- Las manos contaminadas de la enfermera transfieren con facilidad gérmenes patógenos.
- El enema evacuante está contraindicado en casos de dolor abdominal, cuya causa no ha sido determinada.
- La cantidad de solución usada varía de 500 a 100 ml según la edad y estado físico del paciente.

Principios



ENEMAS DE EXPULSIÓN

TIPO	OBJETIVO	SOLUCIÓN COMUNMENTE USADA
Evacuante	Para lavar o limpiar colon	Agua jabonosa
Antihelmíntica	Para expulsar gusanos parásitos	Cuasia
Astringente	Para contraer tejidos Para detener hemorragia	Solución de alumbre
Carminativo	Para expulsar gases	Leche y miel



- 2 Sábanas grandes
- 1 impermeable y sábana clínica
- 1 Irrigador con tubo de hule
- 1 Interruptor
- 1 Sonda rectal
- 1 Vasija arriñonada
- 1 Tubo de KY
- 1 Pato (silleta)
- Trozos de papel higiénico
- Agua jabonosa tibia 1000 cc
- 1 Atril o gigante
- Cubre pato
- Biombo

Equipo



Pasos

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Lavarse las manos	
- Preparar equipo	- Asegúrese que el agua esté tibia.
- Preparar e instruir al paciente.	- Dar privacidad - Si la paciente no ha defecado por lo menos las últimas 72 horas, no aplicar enema.
- Colocar ahulado con cubierta debajo de glúteos de la paciente, estando este en posición de Sims izquierda y cerca del borde de la cama.	
- Colocar irrigador a unos 60 cms sobre el nivel de la cama y sacar el aire del tubo.	
- Lubricar e introducir la sonda rectal nuevamente en el recto en forma rotativa unos 10 cms y abrir el interruptor.	- Si al introducirla se encuentra algún obstáculo, se extrae la sonda y se reporta el médico.
- Solicitar a la paciente que respire profundamente para evitar la expulsión de la sonda y el líquido.	- Si la paciente se queja de retortijón, interrumpir la entrada de solución hasta que haya desaparecido el malestar.

- Cuando la solución haya pasado, cierre el interruptor y retire sonda con papel higiénico.	- Pedir a paciente que retenga el enema por lo menos 10 minutos.
- Coloque pato al paciente o mándela al servicio sanitario.	Observar características de solución de retorno.
- Anotar hora, tipo de enema, cantidad de solución usada y efecto.	

1.2 TECNICA DE IRRIGACION VAGINAL

1.7.1 DEFINICIÓN

- Es la introducción de un líquido a baja presión en el canal vaginal la cual retorna de inmediato.

1.7.2 Objetivos

- Obtener limpieza de canal vaginal
- Aplicar medicamentos
- Aplicar calor en canal vaginal

1.7.3 Principios

Científicos

- La vagina es un músculo membranoso de unos 8.25 cms de largo, está dispuesta hacia atrás y ligeramente hacia arriba de la pelvis.
- Los lavados vaginales deben hacerse a baja presión por lo que no hay que elevar el recipiente a más de 45 cms de la pelvis de la paciente, de lo contrario provocaría incomodidad a la paciente, la temperatura de la solución debe de ser de 42°C.
- Todo procedimiento en donde se exponen los genitales produce temor e incomodidad a la paciente. La enfermera debe explicar el procedimiento, dar privacidad, apoyo emocional y orientarla respecto al procedimiento.
- La vagina comunica con el útero en forma ascendente, por ésta razón, la técnica de lavado vaginal debe ser aséptica.
- Las infecciones por gonococo producen ceguera, al practicar el lavado vaginal en pacientes con ésta infección deben de tomarse precauciones.

1.7.4 Equipo

Estéril	No estéril
- Equipo de irrigación vaginal	- Ahulado
- Cánula vaginal	- Sábanas
- Solución indicada	- Vasija para desechos
- Aseo vulvar si es necesario	- Pato
- Pinza de transferencia	- Biombo
- Guantes	- Papel higiénico

Pasos

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Identificar y explicar el procedimiento a la paciente.	- Dar privacidad
- Colocar en posición ginecológica y colocarle el pato.	- Proteger cama ahulado cubierto. - Hacer orinar a la paciente. Si hay laceraciones y suciedad en el tejido vulvar, practicar aseo vulvar antes de la irrigación vaginal.
- Coloque el irrigador a 45 cms sobre el nivel de la cama.	- Sacar el aire al irrigador.
- Introducir la cánula suavemente en forma rotativa siguiendo la anatomía de la vagina, habrá interruptor.	- Protegerse con guantes, separa labios mayores. Asegúrese que el agua esté a 42°C
- Cierre interruptor y retire la cánula.	- Observar características del líquido de retorno.
- Secar genitales y retire pato.	- Dejar cómoda a la paciente.
Nota: La solución para hacer lavado vaginal con fines de limpieza es : 15 cms de jabón por un litro de agua tibia estéril.	

1.7 TECNICA DE LAVADO GASTRICO DEL RECIEN NACIDO

1.8.1 DEFINICIÓN

- Es la extracción e introducción de líquidos a la cavidad gástrica con fines de limpieza por medio de una sonda.

1.8.2 Objetivos

- Limpiar la cavidad gástrica del Recién Nacido

1.8.3 Principios

Científicos

- El estómago es un órgano muscular hueco, en la que se lleva a cabo gran parte de la digestión, los alimentos son desplazados hacia el píloro, mediante contracciones peristálticas produciendo gasto de energía.
- Se emplea con frecuencia solución salina para lavar el estómago, cuyas funciones son: las de servir de depósito de alimentos, secretar jugo gástrico y proporcionar una zona para la mezcla completa del alimento y una oportunidad para que las enzimas digestivas lleven a cabo su acción.
- El lavado gástrico se efectúa haciendo sifón pues los líquidos ejercen presión con relación con su peso, La solución irrigadora llega al estómago por gravedad.
- Todo el material usado en el lavado gástrico, debe estar limpio, aunque no es necesario que este estéril. Excepto la sonda que será estéril y la solución salina.
- El paciente debe ser colocado en posición semi – fowler y decúbito lateral derecho e inmobilizado.

1.8.4 Equipo

- Suero fisiológico
- Sonda nasogástrica de infante
- Esparadrapo
- Equipo de lavado gástrico conteniendo:
 - Dos copas
 - Una jeringa de 5 cc
 - Vaso para desechos

1.8.5 Pasos

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Lavado de manos	
- Identificar al niño	
- Inmovilizar al niño tipo momia	- Asegurarse que la ropa no quede muy apretada.
- Colocarse guantes	
- Medir sonda de la oreja hacia las fosas nasales luego de ésta al apéndice xifoides.	- Cerciorarse que la sonda esté permeable y humedecerla con suero fisiológico, antes de introducirla.
- Introducir sonda a través de fosa nasal u orogástrica y cerciorarse que esté en el estómago, aspirando contenido gástrico.	- Si el niño presenta tos, salivación y cianosis retirarla y notificar al médico.
- Introducir 5 cc de suero fisiológico o solución indicada y extraer posteriormente la misma cantidad, continuar el proceso hasta que agua de retorno salga limpia.	- Los movimientos de introducción y extracción hacer lo suave y lentamente para evitar una estimulación del nervio vagal. - En prematuros no usar más de 30 cc y recién nacido a término hasta 60cc.
- Dejar sonda nasogástrica y orogástrica si el caso lo amerita ó retirarla.	- Si es por distensión abdominal dejarla abierta colocándole recolector.
- Dejar cómodo al niño hacer anotaciones.	- Antes de retirar sonda asegurarse que esté tapada para prevenir una neumonía aspirativa.

1.9 TECNICA DE GAVAJE

DEFINICIÓN

- Introducción de líquido alimenticio a través de una sonda nasogástrica.

Objetivo

- Nutrir al Recién Nacido

Equipo

Estéril	No estéril
Equipo de Alimentación conteniendo:	
1 Copa graduada	- Vasija con agua jabonosa
1 Jeringa de 10 cc	- Esparadrapo
1 Jeringa de 3 cc.	- Tijeras
- Leche Materna	- 1 Toallita
- Dextrosa al 5%	- Vasija para desechos
- Sonda Nasogástrica	
- Descartable (40 cms)	

Pasos

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Lavarse las manos	
- Identificar al niño	
- Inmovilizar al niño	- Asegurarse que la ropa no quede apretada.
- Colocar sonda nasogástrica y fijarla.	- Cerciorarse que la sonda este permeable. - Si presenta tos, salivación o cianosis retirarla y notificar al médico.
- Colocar al niño en posición de semifowler y en decúbito lateral derecho.	
- Aspirar suavemente contenido gástrico, ver cantidad e introducirla si fuera leche digerida.	- Si la sonda esta obstruida, permeabilizarla con dextrosa 5%, 2cc. - Observar coloración de contenido gástrico, si es amarillento (puede estar en duodeno) sacar sonda 1 cm y dar alimentación, si es sanguinolento ó café , reportar al médico para que evalúe lavado gástrico.
- Adaptar descartable a jeringa y llenarlo de leche y conectar a la sonda nasogástrica.	- Dejar que alimento pase por gravedad. - De acuerdo a cantidad de residuo alimenticio completar la cantidad de alimento indicado. - Proteger jeringa con bolsa de papel. - Reportar al Médico si el niño presenta, vómitos, diarrea ó distensión abdominal.
- Colocar jeringa en incubadora a una altura de 15 cms (fijarla con esparadrapo)	
- Pasar 2 cms de Dextrosa al 5% después de administrar fórmula.	- Evitar introducción de aire al tubo digestivo dejando descartable con interruptor cerrado. - Cambiar descartable cada 24 horas.
- Dejar al niño en decúbito ventral.	- El niño con problemas respiratorios debe colocarlo en decúbito lateral derecho.
- Hacer anotaciones de enfermera.	- Anotar cantidad tolerada y reacción.

1.11 APLICACIÓN DE SONDA NASOGASTRICA

1.13.1 Definición

- Es la introducción de una sonda por boca o fosa nasal al estómago.

1.13.2 Objetivos

- Obtener muestra de jugo gástrico para análisis clínico
- Aliviar distensión abdominal
- Administrar alimentación

1.13.3 Equipo

- Sonda nasogástrica
- Guantes
- Papel higiénico
- Cinta umbilical
- Jeringa de 10 cc
- Agua estéril
- Esparadrapo
- Una copa
- Vasija arriñonada

1.13.4 Pasos

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Preparar todo el equipo.	- Asegurarse que la sonda esté permeable
- Identificar al paciente	- Dar privacidad y explicación amplia del procedimiento.
- Colocar al paciente en posición semifowler.	
- Introducir sonda nasogástrica a través de nariz o boca con suavidad.	- Humedecer extremo de sonda con suero fisiológico. - Si el paciente presenta tos excesiva, retirarla.
- Cerciorarse que la sonda esta en el estomago, aspirando contenido gástrico.	- Observar coloración y medir la cantidad aspirada. Tomar muestra si es con fines de estudio.
- Retirar sonda nasogástrica	- Si solamente es para recoleccionar muestra. Si es para dejar en permanencia, fijar sonda y adaptarla a frasco recolector. - Si es con fines de alimentación cerrar y proteger extremo de sonda. Efectuar cambio de sonda cada 72 horas.
- Dejar cómoda a la paciente.	- Hacer anotaciones del procedimiento efectuado, las reacciones del paciente y características de secreciones. - Anotar contenido drenado en hoja de balance hídrico.

1.14 TOQUES DE PODOFILINA

1.14.1 Definición

- Es la aplicación de podofilina a través de un hisopo con tintura compuesta con benzoina al 25%, es la lesión afectada. Tratándola 2 cms² del área genital.

1.14.2 Objetivo

- Erradicar la infección viral local

1.14.3 Equipo

- 1 frasco con solución de podofilina al 25%

1. 15. CATETERISMO VESICAL

1.15.1. DEFINICIÓN:

Es la Introducción de una sonda a través de la uretra hacia la vejiga con fines de diagnósticos y /o tratamiento.

1.15.2. OBJETIVOS:

2. Drenar la vejiga para aliviar la distensión vesical producida por retención de orina .
3. Investigar la cantidad de orina residual.
4. Obtener muestra estéril de orina para análisis clínico.
5. Prevenir riesgos de infección en usuarias operadas de región perianal.
6. Evaluar funcionamiento renal a través de a medición de diuresis horaria (usurias delicadas).
7. Vaciar vejiga antes de intervenciones quirúrgicas.
8. Llenado de vejiga con fines diagnósticos.

1.15.3. EQUIPO:

- **EQUIPO ESTÉRIL**

Equipo de cateterismo conteniendo:

- Bandeja de acero inoxidable
- 3 escudillas
- Pinza Kocher
- Torundas de algodón
- Cinta umbilical
- Par de guantes
- Soluciones antisépticas (jabón yodado, quirocef.)
- Agua estéril
- Pinza de transferencia
- Sonda foley o Nelatón
- Sistema cerrado de recolección de orina o tubo recolector.
- Jeringa de 10 cc.

- **EQUIPO NO ESTÉRIL.**

- Biombo
- Pato
- Vasija para desechos
- Esparadrapo
- Frasco para recolectar muestra de orina
- Cinta Umbilical

1.15.4. PROCEDIMIENTO:

PASOS	Fundamentación científica
<ul style="list-style-type: none"> • Lavarse las manos • Preparar el equipo. • Identificar a la usuaria y orientarla. • Orientar a la usuaria para que se coloque en posición ginecológica. • Colocarse guantes. • Adaptar sonda al tubo colector estéril creando un sistema cerrado . • Cerciorarse que el balón de la sonda no este roto, introduciendo y extrayendo 5-10 cc de agua estéril .. • Efectuar aseo vulvar con jabón yodado y agua estéril en el siguiente orden: <ul style="list-style-type: none"> • Pubis • Muslo derecho • Muslo izquierdo • Labio mayor derecho • Labio mayor izquierdo • Vestíbulo desde el clítoris al periné. • Separar los labios menores con los dedos índice y pulgar de la mano izquierda dejando visible el meato urinario , evitando el cierre de los labios menores hasta introducir la sonda. • Hacer asepsia en el meato urinario con antiséptico mediante movi-miento suave del centro a la periferia. • Humedecer punta de sonda con agua estéril e introducirla en el meato suavemente hacia arriba hasta que fluya orina, tomar muestra si fuera necesario. • Si se deja la sonda en permanencia llenar el balón con 5-10cc de agua estéril y fijarla al muslo de usuaria dejando libertad de movimiento. • Retirar el pato y cambiar ropa de cama si es necesario. • Elaborar anotaciones de enfermería. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuye la colonización de flora permanente y bacteriana de la piel. • Aplicando los principios científicos de microbiología y manteniendo la condición de esterilidad. • La exposición de genitales representa una situación incómoda y penosa para la usuaria por lo que debemos mantener la privacidad y orientarla sobre el procedimiento. • Asegurarse que el calibre de la sonda sea de acuerdo al meato urinario y que el tubo de drenaje de orina sea de mayor calibre que la sonda. • Los microorganismos existentes en las áreas adyacentes al meato urinario puedan ser llevados por la sonda hacia la vejiga; si no se efectúa una adecuada asepsia antes de realizar el cateterismo. <p>* Facilitar la visualización del meato y evitar la contaminación de la sonda.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los antisépticos son compuestos que impiden la reproducción de los microorganismos deben emplearse los no irritantes para la asepsia de genitales. • Previene laceraciones provocadas por la sonda en el meato urinario. • El vaciamiento brusco de la vejiga provoca espasmo vesical, no sacar la orina de una sola vez. si se encuentra muy distendida . • Proporcionar comodidad a la usuaria. • El registro metodológico sobre las características de la orina y anomalías durante el procedimiento son de vital importancia en el diagnóstico y tratamiento clínico.

PROCEDIMIENTOS DE BIENESTAR

1. BAÑO DE LIMPIEZA EN CAMA

1.1.2 DEFINICION

- Remover con jabón y agua los desechos que elimina el organismo a través de piel y mucosa.

1.1.3 Objetivo

- Limpiar la piel, estimular la circulación y proporcionar bienestar y comodidad al paciente.
- Enseñar al paciente hábitos higiénicos.
- Proporcionar a la enfermera la oportunidad para establecer una comunicación y detectar necesidades del paciente.



Equipo

- 2 Sábanas grandes
- 1 sábana clínica
- 1 ahulado
- 1 frazada
- 3 toallas faciales (para jabón, agua y secado)
- 1 Gabacha
- 1 Pichel con agua tibia
- 1 huacal
- 1 balde
- 1 Vasija arriñonada
- 1 frasco con talcos
- 1 frasco con cold cream
- 1 tijera
- 1 peine
- 1 recipiente para desechos
- 1 biombo
- Baja lenguas cubiertas de gasa
- Jabón
- Hisopos
- Equipo para aseo oral



Pasos

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Preparar el equipo	- Ordenar ropa de cama de acuerdo a uso.
- Identificar y explicar el procedimiento al paciente.	- Mantener comunicación efectiva durante el procedimiento.
- Aflojar ropa de cama y dejar al paciente, solo con ropa necesaria.	
- Efectuarle aseo oral, si no puede hacerlo por si solo.	- Utilizar cepillo y pasta dental y en su defecto, baja lenguas protegidos con gasa más solución oral desinfectando (bicarbonato de sodio, agua oxigenada u otro enjuague bucal).
- Inicie el baño limpiando los ojos con toalla humedecida con agua.	- Usar agua tibia en todo el procedimiento. - Usar toallas estériles
- Usando toalla enjabonada continúe en el orden siguiente: * Cara * Cuello * Miembros superiores * Axilas * Tórax y abdomen * Espalda y glúteos * Miembros inferiores * Genitales	- Dar privacidad - Frotar las áreas con abundante jabón, quitarlo y secar en cada una. - Lavar toallas con abundante agua y jabón después del lavar cada área. - Efectuar aseo vulvar si es necesario
- Retirar jabón con toalla con agua.	
- Limpie y recorte uñas de manos y pies.	
- Secar la piel	
- Retirar ropa húmeda, limpiar colchón con solución antiséptica.	
- Colocar ropa limpia a la paciente y a la cama.	
- Hacer masaje en zonas de comprensión con talco o crema humectante.	- Observe características de la piel.
- Peine cabello y ajústelo si es necesario.	
- Hacer anotaciones	- Registrar en nota de enfermería reacciones del paciente durante el procedimiento.

1.2 ARREGLO DE CAMA CON PACIENTE

1.2.1	- Ordenar o cambiar la ropa de cama, sin que el paciente se levante.	Definición
1.2.2	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionarle limpieza y comodidad al paciente. - Propiciar una buena relación enfermera – paciente. 	Objetivo
1.2.3	<ul style="list-style-type: none"> - 2 Sábanas - 1 Sábana Clínica - 1 Impermeable - 1 Frazada - 1 Almohada - 1 Sobrefunda - 1 Gabacha 	Equipo
1.2.4		Pasos

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Instruir al paciente	- Cerciorarse del estado de conciencia del paciente.
- Colocar ropa limpia en orden en el respaldo superior de la cama.	
- Aflojar ropa de cama y deslizarla de la orilla hacia el centro de la cama.	- Colocar al paciente en decúbito lateral. - Si el paciente está inconciente solicitar ayuda. - Efectuar limpieza de colchón con solución antiséptica.
- Proceder a colocar la ropa de cama limpia empezando por la sábana base, impermeable, sábana Clínica, colocar la gabacha a la paciente y continuar con sábana superior y frazada.	- Evitar exponer al paciente a la vista de los demás, o corrientes brúscas de aire. - Si no hubiese ropa limpia, solamente estire sábanas.
- Colóquese de lado contrario, proceda a retirar ropa sucia y estire ropa limpia.	- Ninguna pieza de ropa sucia debe ser arrastrada por el piso. - Colocar ropa sucia en bolsa, o canasta destinada para ello, si no hubiera improvisar con sábana superior que se ha retirado formando bolsa en extremo distal de la cama. - Evitar que sábana superior quede muy estirada que impida al paciente movilizar los pies.
- Dejar confortable al paciente.	- Hacer anotaciones de enfermera si el paciente presentara anomalías.
- Lavarse las manos	

1.3 TECNICA ASEO VULVAR

1.3.1	Es la limpieza de genitales femeninos	Definición
1.3.2	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar comodidad al paciente - Prevenir Infecciones - Promover hábitos de higiene 	Objetivos
1.3.3	<p style="text-align: center;"><u>Equipo Estéril</u></p> <p>Equipo con vasija para aseo Pinzas de aseo vulvar Pinzas de Transferencia</p> <p>contaminado</p> <p>Garrafa con agua estéril Torundas de algodón Jabón Yodado</p>	<p style="text-align: center;"><u>Equipo no estéril</u></p> <p>Biombo Toalla Sanitaria Bolsa para desecho de material</p> <p>Depósito con lejía al 10 x 1000 Papel Periódico Pato</p>

1.3.4		Pasos
PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES	
- Identifique y relacione las pacientes que ameriten el aseo vulvar.	- Realizar procedimiento en horas que no sean de visita y alimentación.	
- Lavarse las manos - Preparar el equipo	- Colocar el número de torundas de acuerdo al número de pacientes.	
- Identificar a la paciente y explicar el procedimiento		
- Colocar paciente en posición ginecológica, bajar sábana superior y exponer genitales.	- Dar privacidad aislando la paciente entre biombo o con sábana superior.	
- Colocar pato y retirar toalla sanitaria, permitiendo que la paciente miccione.	- Colocarle pato cerciorarse que no esté frío. Retirar toalla sanitaria por la parte superior y al descartarla colocar lo sucio hacia abajo.	
- Limpiar genitales externos con torundas embebidas en jabón yodado.	- Use una torunda por cada movimiento (6) ó más si es necesario. 1º. Pubis (hacer movimientos rotatorios) 2º. Ingle y muslo derecho (centro a la periferia) 3º. Ingle y muslo izquierdo (del centro a la periferia) 4º. Labio mayor derecho de arriba hacia abajo. 5º. Labio mayor izquierdo de arriba hacia abajo. 6º. Centro de vulva de arriba hacia abajo llegando hasta ano.	
- Verter agua estéril hasta quitar el jabón.	- Asegurarse que la garrafa a utilizar contenga agua estéril fría.	
- Secar genitales y región peri-anal	- Usar cuatro torundas: 1. Pubis 2. Lado derecho 3. Lado izquierdo 4. Centro	
- Retirar pato y colocar toalla sanitaria.	- No tocar toalla sanitaria de la parte que va directamente a la vulva.	
- Dejar cómoda a la paciente		
- Hacer anotaciones de enfermería	- Anotar hora, característica de secreciones vaginales y condiciones de episiotomía y periné.	

1.4 TECNICA DE CATETERISMO VESICAL

1.4.1

Definición

- Es la introducción de una sonda a la vejiga a través de la uretra para extraer orina.

1.4.2

Objetivos

- Drenar la vejiga para aliviar la distensión vesical producida por retención de orina.
- Investigar la cantidad de orina residual.
- Obtener muestra estéril de orina para análisis clínico.
- Prevenir riesgos de infección en pacientes operadas de región perianal.
- Evaluar funcionamiento renal a través de la medición de diuresis horaria (en pacientes delicadas)
- Vaciar vejiga antes de intervenciones quirúrgicas

1.4.3

Equipo

Equipo Estéril

Equipo de cateterismo que contiene
Bandeja de acero inoxidable
Tres escudillas
Pinzas kocher
Torundas de algodón
Cinta umbilical
Par de guantes
Solución antiséptica
Pinza de transferencia
Sonda Foley o nelaton
Sistema cerrado de recolección de orina o tubo recolector
Jeringas de 10 cc
Aguja No 22
Suero fisiológico

Equipo no Estéril

Biombo
Pato
Vasija para desecho
Esparadrapo
Frasco para recolectar muestra de orina
Cinta umbilical

1.4.4		Pasos
PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES	
- Lavarse las manos		
- Identificar al paciente y orientarlo		
- Colocar paciente en posición ginecológica	- Dar privacidad a la paciente	
- Efectuar aseo vulvar con jabón yodado y agua estéril.	Hacerlo en el siguiente orden: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pubis ▪ Muslo derecho ▪ Muslo izquierdo ▪ Labio mayor derecho ▪ Labio mayor izquierdo ▪ Región central del clítoris al periné. 	
- Lavarse nuevamente las manos		
- Calzarse guantes	- Cerciorarse que el balón no esté roto si la sonda se dejara en permanencia	
- Separar los labios menores con los dedos índice y pulgar de la mano izquierda, dejando visible el meato urinario.	- La iluminación debe ser adecuada.	
- Hacer asepsia del meato urinario con antiséptico.	- Mantenga los dedos separando los labios hasta terminar el procedimiento.	
- Lubricar sonda con suelo fisiológico o Ky; luego introducirla en el meato hacia arriba y hacia atrás hasta que fluya orina.	- Hacer movimientos suaves de arriba hacia abajo.	
- Adaptar sonda a sistema cerrado o tubo recolector estéril y luego fijarlo.	- Use antiséptico no irritante	
- Dejar paciente cómoda	- No toque el extremo de la sonda.	
- Hacer anotaciones de enfermería.	Si la vejiga está muy distendida no sacar toda la orina de una sola vez.	
	- Si se deja sonda en permanencia llegar balón con 5-10cc de agua estéril.	
	- Asegurarse que el calibre de la sonda sea de acuerdo al meato urinario.	
	- Constatar salida de orina.	
	- Al fijar sonda dejar libertad de movimiento a la paciente.	
	El tubo para el drenaje de orina debe ser igual o de mayor calibre que la sonda.	
	- Retirar pato y cambiar ropa de cama si es necesario.	
	- Anotar anomalías durante el procedimiento cantidad y característica de la orina.	

1.5 TECNICA DE APLICACIÓN DE CALOR HUMEDO (COMPRESAS TIBIAS)

1.5.1

- Es la aplicación de gasa sumergida en una solución caliente, previamente exprimidas en una zona afectada.

Definición

1.5.2

- Aliviar el dolor muscular y disminuir la inflamación
- Acelerar el proceso de supuración

Objetivo

1.5.3

- Equipo de curación (si se trata de tejido expuestos)
- Campos especiales o compresas estériles
- Solución a usar
- Ahulado
- Sábana Clínica
- Vasija para desechos
- Biombo si es necesario
- Lubricante estéril
- Vasija arriñonada

Equipo

Pasos

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
<ul style="list-style-type: none"> - Identificar y orientar a la paciente. - Explorar la zona afectada y colocar ahulado protegido con sabana Clínica para no humedecer la ropa de cama. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dar privacidad
<ul style="list-style-type: none"> - Limpiar herida si hubiere 	
<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar lubricante estéril - Colocar campos especiales o compresas humedecidas sobre zona afectada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Exprimir el campo o compresa antes de aplicarlo. - Mantener calor, el tiempo indicado por el médico. - La solución a usarse debe mantenerse a una misma temperatura. Revisar frecuentemente región de aplicación del calor.
<ul style="list-style-type: none"> - Efectuar anotaciones de enfermería. 	

1.6 APLICACIÓN DE BOLSA CON AGUA CALIENTE

1.6.1 - Aplicación de calor mediante una bolsa con agua caliente en la región indicada. **Definición**

1.6.2 - Disminuir la inflamación y aliviar el dolor
- Aumentar el calor corporal
- Aliviar espasmos musculares
- Acelerar el proceso de su **Objetivos**

1.6.3 - Bolsa de Hule
- Cubierta de Tela
- Pichel con agua caliente **Equipo**

1.6.4 **Pasos**

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Identificar y orientar al paciente.	
- Exponer región afectada del paciente.	- Tomar en cuenta la edad del paciente para la graduación del calor.
- Llenar la bolsa con agua hasta la mitad y sacar aire.	- Pruebe temperatura del agua en el dorso de la mano. - Cerciorarse que la bolsa quede bien tapada y que esté en buenas condiciones.
- Cubrir bolsa con tela y aplicarla en la región indicada.	- La cubierta debe ser de doble tela. - Observe cambios de coloración de piel c/5 minutos y retirar la bolsa si hay cambios (enrojecimiento de la piel).
- Retirar la bolsa a los 20 ó 30 minutos después de aplicada y revise zona de aplicación.	- Escurrir la bolsa y secarla, al guardarla tapparla dejando un poco de aire.
- Anote hora, efecto y reacciones	

1.7 TECNICA DE APLICACIÓN DE BOLSA CON HIELO

1.7.1 - Es la aplicación de frío en una zona determinada. **Definición**

1.7.2 - Estabilizar temperatura corporal
- Disminuir el dolor y la inflamación **Objetivos**

1.7.3 - Bolsa para hielo
- Hielo en pequeños pedazos
- Cubierta de tela **Equipo**

1.7.4 **Pasos**

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Identificar y orientar al paciente	
- Colocar paciente en posición adecuada	
- Cubrir con tela la bolsa con hielo y colocarla en la zona indicada.	- Comprobar que la bolsa esté bien cerrada - Observar zona de aplicación - Dejarla el tiempo necesario
- Comprobar la temperatura de la paciente si la aplicación de frío es por fiebre.	
- Retirar o cambiar bolsa con hielo si es necesario.	
- Hacer anotaciones	

- 1.7.5 **Objetivos**
- Evitar enfriamientos y aplicar medidas de higiene.
 - Descubrir anomalías

- 1.7.6 **Equipo**
- Jeringas de tuberculina
 - Agujas hipodérmicas # 24 x ¼
 - Ampollas de vitamina K
 - Cinta umbilical
 - Aspirador
 - Termómetro rectar con lubricante
 - Trozos de papel higiénico
 - Vasija para desechos
 - Sábanas
 - Diapers
 - Toallas pequeñas
 - Torundas con vaselina líquida
 - Peine

1.7.7 **Pasos**

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Revisar identificación del niño o comparando brazaletes y hoja de transferencia.	- No exponerlo a corrientes de aire. Descubrir solamente el área a utilizar.
- Comprobar permeabilidad del ano con termómetro rectal.	- No forcé el termómetro, si hay dificultad para la introducción.
- Limpiar sangre del cuerpo utilizando torundas con vaselina y toalla seca.	
- Colocar Daiper.	
- Inyectar 0.1 mg de vitamina "K" intramuscular al recién nacido con peso mayor de 2.000 gramos en cara anterior de muslo. En el recién nacido con peso menor de 2.000 gramos aplique 0.05 de vitamina "K".	- Use jeringa de tuberculina.
- Terminar de abrigarlo y colocar en cunero en decúbito lateral derecho.	- Vigilar salivación, cianosis, respiración y reportar anomalías.
- Entregarlo a su madre o al servicio indicado, adjunte certificado de nacimiento.	- Al entregarlo mostrar sexo, compare brazaletes y certificado.
- Orientar a la madre sobre signos de alarma que podría presentar el niño, y lactancia materna.	- Use tarjeta guía.
- Hacer anotaciones en expediente de la madre y el recién nacido.	- Reportar anomalías detectadas.

1.8 **BAÑO DE LIMPIEZA DEL RECIEN NACIDO**

- 1.8.1 **Definición**
- Es la limpieza de la piel del recién nacido utilizando jabón y agua.

- 1.8.2 **Objetivos**
- Favorecer la eliminación de microorganismos y suciedad de la piel.
 - Estimular la circulación
 - Proporcionar bienestar, aliviando fatiga e incomodidad

- 1.8.3 **Equipo**
- | | |
|---|--|
| <u>Equipo Estéril</u> | <u>Equipo no Estéril</u> |
| - Equipo de baño que consta de dos depósitos Metálicos. | Bañera |
| - Toallas de mano | Pichel con agua tibia |
| - Suero fisiológico | Peine fino |
| - Frasco con alcohol de 90° | Jabón de baño para el RN |
| - Gasas | Jabón para lavado de manos de la Madre o personal. |
| - Torundas de algodón | Recipiente para desechos |
| - Hisopos | Sábanas |
| - Ungüento oftálmico | Crema Lubrificante |

- Bicarbonato de sodio diluido
1 cc x 1 cc de agua bidestilada

Vaselina
Depósito para ropa sucia

1.8.4

Pasos

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Lavarse las manos	
- Identificar al recién nacido	- Comparar brazaletes con plantar y hoja de ingreso y egreso de la madre. - Corroborar si el RN tiene 12 horas o más de nacido para poder bañarlo
- Llevar al Recién Nacido al sitio del baño.	- Evitar las corrientes de aire - Al niño fétido efectuar limpieza dependiendo de su estado aunque no haya cumplido 12 h de nacido.
- Si el recién nacido está en alojamiento conjunto dar demostración a la madre.	- Comparar brazaletes con plantar y hoja de ingreso y egreso de la madre.
- Comenzar a bañar al recién nacido iniciando con ojos, cara y alrededor de la boca con torundas embebidas con suero fisiológico.	- La limpieza de los ojos lo hará del ángulo interno hacia el ángulo externo. - Usará una torunda para cada movimiento las veces necesarias. Si el recién nacido tuviere más de 8 días de edad, efectuar limpieza de cavidad oral con agua bicarbonatada
- Retirar sábana y limpiar genitales si se ha defecado.	
- Lavarse nuevamente las manos.	
- Aplicar jabón en cabeza, tórax, miembros superiores, abdomen, espalda, miembros inferiores y genitales.	- Hacer suficiente espuma con las manos y aplicar jabón en forma cefalo caudal. - Evitar entrada de jabón en boca, ojos y oridos. No mojar ombligo.
- Lavarse las manos.	
- Quitar exceso de jabón con toalla humedecida con agua tibia.	- Hacerlo de forma cefalo caudal. - Si es necesario para quitar el exceso de jabón utilizar dos toallas.
- Secar al niño con toalla	- Hacer movimientos suaves y rotatorios
- Efectuar limpieza de cordón umbilical.	- Si el cordón está seco comenzar la limpieza con hisopo y alcohol de la base al extremo distal. - Si el cordón está seco comenzar la limpieza con hisopo y alcohol de la base al extremo distal. - Si el cordón estuviera gelatinoso efectuar limpieza del extremo distal a la base. - Dejar protegido el cordón umbilical con gasa embebida con alcohol al 90°.
- Efectuar limpieza vulvar o prepucial.	- Use torundas con vaselina movimientos suaves de arriba hacia abajo en las niñas. - En el varón retraiga suavemente el prepucio y efectúe limpieza.
- Colocar ropa al recién nacido, limpiar oídos, fosas nasales y peinarlo.	
- Supervisar baño realizado por la madre.	- El número de madres efectuando baño será no mayor de cinco. - El recién Nacido de madre de 24 horas post-operatorio la bañará el personal de enfermería.
- Trasladar al recién nacido a la cuna.	- Comparar brazaletes con plantar y hoja de ingreso y egreso.

LIMPIEZA PARCIAL DEL RECIEN NACIDO EN CUNA

1.8.5 **Definición**

Es la limpieza de la cara, genitales y cambio de ropa del Recién Nacido

1.8.6 **Objetivo**

- Mantener confortable al Recién Nacido
- Prevenir Infecciones

1.8.7 **Equipo**

- Torundas con vaselina
- Torundas con agua estéril
- Vasijas para desechos
- Cold Cream
- Gasa estéril
- Ropa (Daiper y sábanas)

1.8.8 **Pasos**

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Preparar el equipo	
- Lavarse las manos	
- Limpiar ojos, boca y resto de la cara con torundas embebidas con agua estéril a cinco niños.	- Usar una torunda para cada movimiento.
- Limpiar genitales con torundas embebidas con vaselina.	- Este movimiento debe hacerse de adelante hacia atrás.
- Cambiar la ropa del niño y de la cuna.	- Manipularlo cuidadosamente y no endosarlo.
- Lavarse las manos	
- Repetir el procedimiento en otro grupo de cinco niños hasta terminar.	
- Lavar equipo y ordenarlo	

En el procedimiento que se efectúa en Puerperio, debe agregarse equipo de lavado de manos, tarjeta guía de charla.

1.9 **BAÑO EN TINA DEL RECIEN NACIDO (DESPUES DE CAIDO EL OMBLIGO)**

1.9.1 **Definición**

- Es la acción de eliminar la suciedad de la piel con jabón y agua.

1.9.2 **Objetivos**

- Limpiar la piel y aumentar así la eliminación a través de ella.
- Prevenir infecciones
- Mantener confortable al recién nacido.

1.9.3 **Equipo**

- Bañera
- Pichel con agua tibia
- Ropa del recién nacido
- Peine
- Depósito para ropa sucia
- Recipiente para desechos
- Jabón de baño
- Crema lubricante
- 1 huacal
- Torundas de algodón con vaselina
- Torundas con suero fisiológico estéril
- Gasa estéril para cubrir el ombligo
- Toallas
- Hisopos
- Alcohol al 90%

1.9.4

Pasos

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Identificar al niño, quitar daiper, envolverlo en la sábana.	- Comprobar brazaletes con tarjeta de identificación, si estuviere borroso hacerlo nuevamente y notificar al Jefe.
- Llevar al sitio de baño y colocarlo en la bañera.	
- Lavarse las manos	
- Efectuar limpieza de boca y ojos con suero fisiológico.	
- Aplicar jabón en cabeza, miembros superiores, tórax, Abdomen, miembros inferiores, genitales.	- Evitar entrada de jabón en los ojos, boca y oídos.
- Lavarse las manos para evitar exceso de jabón.	
- Verter agua de arriba hacia abajo.	- Mantener al niño en posición semisentado.
- Secar al niño con toalla.	- Hacer uso de huacal pequeño.
- Aplicar crema lubricante en el cuerpo y dejar gasa con ungüento protector en el glúteo.	- Si el niño tuviere pañalitis.
- Limpieza de genitales con vaselina.	- Revisar cuidadosamente los genitales.
- Colocar ropa al recién nacido.	
- Efectuar limpieza de pabellón de orejas, fosas nasales y aspirar secreciones si es necesario.	

1.10 LIMPIEZA PARCIAL DEL RECIEN NACIDO DE ALTO RIESGO EN INCUBADORA

1.10.1

Definición

- Es la limpieza parcial del cuerpo del recién nacido.

1.10.2

Objetivos

- Mantener limpio y confortable al niño.
- Prevenir infecciones nosocomiales.

1.10.3

Equipo

- Torundas de algodón con vaselina.
- Torundas de algodón estériles con agua estéril
- Col. Cream, hisopos, perillas
- Ropa (Daiper, sábanas)
- Vasija para desechos (contaminados)
- Esparadrappo micropore
- Gasitas
- Pondas antisépticas, antibacterianas.
- Alcohol al 90°C

1.10.4

Pasos

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Lavado de manos	
- Preparar equipo	
- Lavarse las manos	
- Limpiar ojos, boca, resto de la cara y cabeza.	- Usar una torunda para cada movimiento.
- Limpiar axilas, tórax, abdomen, extremidades y genitales con algodón y vaselina.	- Al limpiar genitales debe hacerse de adelante hacia atrás. - Agregar a las torundas cantidad pequeña de agua tibia.
- Lavarse las manos.	
- Curar ombligo.	- Si tiene catéter aplicar neovasina transparente, suero fisiológico, agua estéril.
- Colocar Diapers al niño y cambiar sábana base.	- Colocar gasa con lubricante o pomada en glúteos si es necesario.
- Dejar al niño en posición cómoda.	- Cerciorarse que los diafragmas de la incubadora queden cerrados.
- Hacer cambio de esparadrappo en SNG, o suero si es necesario.	
- Sacar ropa y torundas sucias por la ventanilla destinada para ello.	
- Efectuar limpieza parcial de incubadora con solución germicida.	

1.11 LIMPIEZA PARCIAL DEL RECIEN NACIDO EN INCUBADORA

1.11.1 **Definición**
- Es la limpieza de cara, ombligo, genitales y cambio de ropa del recién nacido.

1.11.2 **Objetivos**
- Prevenir infecciones
- Mantener limpio y cómodo al recién nacido

1.11.3 **Equipo**
1.11.4

<u>Estéril</u>	<u>No estéril</u>
- Equipo de baño que contiene dos vasijas metálicas Y una escudilla.	- Jabón para lavarse las manos
- Frasco con alcohol al 90 ^o	- Vaselina
- Torundas de algodón	- Mantillas y daiper
- Gasas	- Recipiente para el sucio
- Hisopos	- Recipiente para ropa
- Solución salina normal	
- Crema antiséptica	

1.11.5 **Pasos**

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Lavarse las manos	
- Preparar equipo	
- Lavarse las manos	
- Limpiar ojos, boca y resto de la cara con torundas embebidas en solución salina normal.	- Usar una torunda para cada movimiento. - La limpieza de los ojos la hará del ángulo interno al externo.
- Limpiar genitales con torundas embebidas en vaselina.	- Con movimientos de adelante hacia atrás.
- Lavarse las manos	
- Realizar limpieza del ombligo con alcohol de 90 ^o	- Si el recién nacido tiene catéter umbilical posterior a la limpieza aplicar crema antiséptica.
- Cambiar la ropa del recién nacido y de incubadora.	- Use movimientos suaves.
- Lavar y secar equipo dejarlo en su lugar.	
- Hacer anotaciones de enfermería.	- Describir anomalías observadas.

1.12 CUIDADOS INMEDIATOS DE ENFERMERIA DEL RECIEN NACIDO

1.12.1 **Objetivos**
- Identificar necesidades inmediatas para brindarle los cuidados que contribuyan a su recuperación

1.12.2 **Equipo**
- Sábanas - Diapers
- Torundas con vaselina
- Torundas con agua estéril
- Cinta umbilical
- Termómetro rectal
- Aspirador o perilla
- Vasija para desechos

1.12.3

Pasos

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Identificar al niño, comparando el brazalete, hoja de transferencia o plantar.	- Comprobar sexo descubriendo genitales antes de trasladarlo a incubadora.
- Trasladar al niño cubierto a la incubadora.	- Asegurarse que la incubadora esté con O ₂ , calor y humedad.
- Aspirar secreciones y colocar en decúbito dorsal y cuello en hiper extensión.	- Manipulación mínima.
- Tomar vena de mayor calibre si no tuviera vena umbilical canalizada.	- Esperar que niño se estabilice, si hay que cateterizar vena periférica.
- Cumplir tratamiento indicado por el médico.	
- Colocar sonda nasogástrica # 8 y aspirar, practicar lavado gástrico con suero fisiológico hasta que el agua salga limpia, si es necesario dejando sonda cubierta.	- No forzar la introducción de la sonda, si hubiere resistencia a abundantes salivación, notificar al médico.
- Introducir termómetro rectal para comprobar permeabilidad del ano.	- Si hay dificultad para introducirlo reportar a la jefe inmediata.
- Cumplir vitamina K según rutina.	- Asegurarse si rutina no ha sido cumplida en área de procedencia, niño prematuro 0.05 ml IM Recién nacido a término 0.1 ml
- Hacer anotaciones sobre el estado del niño, cumplimiento de indicaciones médicas y de enfermería.	- Elaborar proceso de enfermería.

1.15 CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE MORIBUNDO**Definición**

- Satisfacer necesidades físicas y espirituales del paciente moribundo.

Objetivos

- Ayudar al paciente, emocionalmente en el momento de la muerte y dar apoyo emocional a la familia.
- Dar confort

Equipo

- Ropa de cama y almohadas.
- Mosquitero
- Equipo de baño de esponja
- Biombo
- Frasco de hisopos
- Frascos con torundas de algodón
- Ungüento oftálmico.

Pasos

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Colocar a paciente en un cuarto privado o encerrarlo entre biombos.	- Evitar luz fuerte y ruidos. - Evite comentarios sobre el estado del paciente. - Oriente a la familia a que no murmure delante del paciente.
- Efectuar limpieza parcial de cara y manos.	- Evita el baño al paciente.
- De atención especial a la piel dando masajes y cambios de posición, deje cabeza hacia un lado para facilitar respiración.	
- Mantener ropa de cama limpia y sin arruga.	
- Use almohadas para colocar brazos y piernas.	
- De líquidos en pequeñas cantidades para aliviar sed y sequedad de la boca.	- No hacerlo si el paciente no deglute.
- Mantenga limpia la boca del paciente.	- Utilice agua con bicarbonato para hacer aseo oral. Tenga a la mano aspirador eléctrico. - Lubricar labios. - Si los ojos se mantienen abiertos aplique ungüento oftálmico.
- Aplique vaselina en párpados.	- Si los ojos se mantienen abiertos aplique ungüento oftálmico.
- Colocar mosquitero.	
- Estar alerta de síntomas que indiquen el proceso inevitable y progresivo de la muerte.	
- Hacer anotaciones.	

1.10 TRATAMIENTO DE PEDICULOSIS

Definición

- Es la acción de destruir los parásitos del cuero cabelludo con una solución química.

Objetivos

- Contribuir a la erradicación de parásitos en el cuero cabelludo.
- Proporcionar comodidad y confort al usuario.

Equipo

- 1 Sábana clínica
- Turbante
- Torundas de algodón
- Solución química (alcohol alcanforado, quitoso piojín, alcohol al 90%, ácido acético, etc.)
- 1 Toalla facial
- 1 Peine corriente
- Trocitos de papel higiénico
- 1 Vasija para desechos
- 1 Shampoo (para lavado de cabello)
- 1 Rinse
- Agua abundante
- Guantes
- Balde

Pasos

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Llevar equipo a la Unidad del paciente.	- Cerciorarse que esté completo.
- Identificar y orientar al paciente.	- Explicar con lenguaje apropiado.
- Colocar sábana clínica y turbante debajo de la cabeza.	- Asegurarse que esté bien colocado.
- Tapar oídos con algodón lubricado y aplicar lubricante alrededor del cuero cabelludo proteger ojos, y nariz con toalla facial.	- Utilice baja lengua para aplicar lubricante.
- Con peine corriente separa el cabello, aplique la sustancia química disponible.	- Si presenta reacciones alérgicas del tipo respiratorio o dermatológico haga shampoo inmediatamente.
- Haga turbante y déjelo durante 20 minutos, dejando orejas descubiertas.	- Observar reacción de la paciente.
- Proceda a peinar cabello con peines corriente y especial.	- Use trocitos de papel higiénico para limpiar peine.
- Bañar paciente en la ducha o efectuarle shampoo en la cama si es necesario.	
- Hacer anotaciones en expediente clínico, especificando número de veces que se ha verificado el tratamiento.	- Repetir el procedimiento cada 2 días hasta que desaparezcan los piojos.

CAPITULO VIII

TECNICAS QUIRURGICAS



GENERALIDADES

- LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO.

- DEFINICIÓN:

- Es el procedimiento por medio del cual se minimiza la presencia de microorganismos patógenos en las manos y constituye la practica más importante previo a toda intervención quirúrgica para prevenir infecciones.

- OBJETIVO:

- Remover y eliminar la flora microbiológica pasajera y residente de la piel para prevenir el riesgo de contaminación de las heridas si se dañan los guantes.

-

- EQUIPO:

- Dispensador con jabón germicida.
- Dispensador de cepillos.
- Agua estéril ozonizada.

- TECNICA:

Pasos A seguir	Fundamentos científicos
<ol style="list-style-type: none"> 1. Humedezca las manos, manteniéndolas siempre a nivel de los hombros durante todo el procedimiento. 2. aplique jabón germicida. 3. Enjabone iniciando con mano izquierda procediendo a frotar palmas, borde lateral externo, dorso, borde lateral interno; luego pasar a dedos (dedo por dedo) en forma rotativa iniciando del pulgar hasta llegar al dedo meñique, enfatizando en las yemas de los dedos y espacios subungueales (cutículas), bajando hasta la muñeca, (durante un minuto y medio cada mano). Friccionar todas las superficies de las manos es necesario para la remoción de microorganismos. 3. Repita el procedimiento anterior en la mano derecha. 4. Proceda a frotar espacios interdigitales. 5. Aplique jabón nuevamente en su mano y proceda a frotar en forma rotativa de la muñeca izquierda hasta 5 centímetros arriba del codo, luego pase a la derecha. 	<p>El agua y el jabón a base de un antiséptico detergente remueven la mayor cantidad de microorganismos de la piel.</p> <p>Una técnica precisa para la descontaminación de las manos tiene mayor importancia que el agente utilizado.</p> <p>La duración de la fricción durante el lavado debe ser cuando menos durante 30 segundos sobre las superficies.</p>

<p>6. Sin retirar el jabón de sus manos tome un cepillo estéril y colóquele jabón, cepille las uñas y espacios subungueales de ambas manos (dedo por dedo), durante los siguientes 2 minutos y luego proceda a descartar el cepillo.</p> <p>7. Repita el proceso descrito en pasos #3 , 4 y 5 en ambas manos hasta el primer tercio del antebrazo por 2 minutos (omitir cepillado de uñas).</p> <p>8. Retire el jabón con suficiente agua, colocando las manos arriba de antebrazos y codos, para permitir que el agua fluya de las manos hacia el codo, manteniendo los brazos y antebrazos retirados del cuerpo y del grifo .</p> <p>9. Diríjase al quirófano y proceda a entrar de espaldas .</p> <p>10. Iniciar el secado de manos con una compresa o toalla estéril en un período no mayor a 2 minutos después de concluido el lavado.</p> <p>* En caso de Cirugías continuas de un mismo cirujano será necesario repetir únicamente el paso #3, 4 y 5, solamente si ha realizado remoción de residuos de sangre de los guantes utilizados y no se ha retirado el gabachón (excepto casos sépticos.)</p>	<p>La mayor parte de la flora de las manos se encuentra en el lecho subungueal por lo tanto el lavado de manos debe incluir el cepillado de los lechos subungueales con un cepillo de cerdas adecuadas y jabón.</p> <p>Es necesario usar abundante agua, jabón y hacer suficiente espuma para eliminar la flora contaminante.</p> <p>Reduce el tiempo de colonización sobre la piel.</p> <p>El procedimiento completo debe durar 7 minutos.</p>
---	---

*Revisado por cté. De revisión de Procedimientos, Jefe Dpto. de Enfermería y Jefe Médico de Centro Qco. 14-08-02.

2. PREPARACIÓN DE LA REGIÓN OPERATORIA.

Definición:

Limpieza de la zona cutánea que será utilizada en una intervención quirúrgica.

Principios científicos:

El control de la flora bacteriana de la piel es fundamental en procedimientos quirúrgicos limpios, pues ésta es la principal fuente de infección de Sitio Quirúrgico.

La piel protege a los tejidos del cuerpo de los microorganismos patógenos.

La limpieza de la piel es necesaria para mantenerla en buen estado.

Los jabones detergentes tienen la ventaja que arrastran gérmenes con la espuma que hacen.

Una pequeña abrasión en la zona operatoria puede ser causa de infección y retardar la cicatrización.

Objetivo:

Disminuir significativamente el inóculo bacteriano de la piel, al inicio de la cirugía.

Equipo:

Vasija con Solución desinfectante de Nivel Intermedio.

Tijeras.

Guantes

Pato

Biombo

Peine fino(peluquero)

Toalla descartable o papel higiénico.

Vasija con solución de Lejía al 0.5 %

Procedimiento:

Pasos a seguir	Fundamentos científicos
1. Identificar a la paciente y explicarle el procedimiento.	Disminuye la ansiedad en la paciente.
2. Lavarse las manos	
3. Revisar presencia de vellos en zona donde se realizará la incisión quirúrgica bajo una fuente de luz y procurándole privacidad a la paciente .	Elimina la posibilidad de que la paciente lleve los vellos muy largos.
4. Colocarse guantes descartables.	Protege al personal de los riesgos de contaminación por contacto
5. Proceder a realizarle aseo vulvar en caso de presencia de abundantes secreciones vaginales.	La limpieza genital elimina residuos de fluidos y secreciones que pueden llegar a ser fuentes de contaminación.
6. Recortar exceso de vello utilizando tijera y peine, siguiendo la dirección del crecimiento del vello.	La presencia de vello muy largo actúa como cuerpo extraño que obstaculiza la sutura y cicatrización de la herida.
7. Cerciorarse que la región quede bien limpia eliminando la presencia de vello suelto sobre la piel, con toalla desechable o papel higiénico.	
8. Deposite tijera y peine sucios en solución de lejía por 30 minutos.	El material "no crítico" una vez ha sido contaminado con fluidos o secreciones orgánicas necesita de una desinfección de nivel intermedio con soluciones clorinadas para la destrucción de virus VIH y Hepatitis y proporcionar seguridad a la siguiente usuaria y al personal.
9. Proporcionele gabacha limpia y envíe a la paciente a darse un baño (excepto en caso de emergencia o contraindicación médica)	
10. Hacer anotaciones de enfermería en el expediente clínico de la paciente.	Dejar constancia escrita del procedimiento.
11. Proceda a lavar las tijeras y peines con solución detergente y abundante agua después de permanecer en Lejía por 30 minutos.	Remoción de la suciedad.
12. Seque el material y deposítelos en cetilcyde por 30 minutos.	El material "no crítico" necesita de una desinfección de nivel intermedio para proporcionar seguridad a la siguiente usuaria, a quien se le realice preparación de región operatoria.
13. Pasado el tiempo de exposición con la solución desinfectante proceda a lavarlos con agua estéril .	
14. Deje el equipo limpio y seco debidamente protegido.	

*Revisado por cté. De revisión de Procedimientos, Jefe Dpto. de Enfermería y Jefe Médico de Centro Qco. 14-08-02.

2. ANTISEPSIA PRE- QUIRÚRGICA.

DEFINICIÓN:

Frotar con jabon germicida el área abdominal para eliminar microorganismos residentes en la piel.

PRINCIPIOS CIENTÍFICOS:

Química:

- El jabón actúa por contacto en toda superficie lo que permite que desprenda suciedad, la cual puede ser fácilmente arrastrado por la fricción.
- La solución antiséptica para ejercer su acción debe estar en contacto con la piel por lo menos 2 minutos.
- La piel no se puede esterilizar pero aplicándole antiséptico disminuye el número de bacterias residentes y transitorias que contiene.
- En las glándulas sebáceas de la piel hay grasa acumulada y esta proporciona un medio para el desarrollo de bacterias.

OBJETIVO:

Eliminar la suciedad, grasa y flora bacteriana residente y transitoria del área abdominal, previa a la antisepsia quirúrgica.

EQUIPO:

- Guantes estériles
- Equipo de antisepsia pre-quirúrgica
- Jabón yodado

PROCEDIMIENTO:

PASOS	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
1. Lavado de manos higiénico.-	<ul style="list-style-type: none"> • Elimina previamente grasas y microorganismos existentes sobre la piel.
2. Orientar a la paciente sobre el procedimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • elimina la ansiedad de la paciente.
3. Abrir equipo y prepararlo con jabón yodado al 1 % (sin diluir).	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar equipo estéril y aplicar principios científicos de microbiología en su manejo.
4. Calzarse guantes estériles en ambas manos.	<ul style="list-style-type: none"> • El uso de guantes evita la transmisión de microorganismos.
5. Hacer limpieza firme con un campo especial embebido en jabón yodado, del centro a la periferia; iniciando de la región umbilical hasta los límites del apéndice xifoides y pubis, y descarte campo especial a un lado de la bandeja (evitese el uso excesivo de jabón yodado).	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminar la mayor cantidad de microorganismos para prevenir infecciones de sitio quirúrgico. • Deje jabón yodado por 2 minutos.
6. Cubra con campo especial el area y presione suavemente con sus manos para favorecer el exceso de jabón. Retírelo tomándolo de los extremos superiores sin friccionar.	<ul style="list-style-type: none"> • Cubra con campo esteril seco el area si el medico no inicia el procedimiento inmediatamente.
Retire el equipo del quirófano.	

3. PREPARACION DE MATERIAL QUIRURGICO DE GASA y ALGODÓN EN CENTRAL DE ESTERILIZACIONES.**3.1. OBJETIVOS**

- Unificar criterios en la preparación de material quirúrgico con el fin de elaborar insumos de calidad, según necesidades del Hospital Nacional de Maternidad.
- Concientizar al personal sobre la importancia de manejar una sola técnica en la elaboración de material quirúrgico.

3.2 . PRINCIPIOS DE MICROBIOLOGIA

La M.O. están constantemente haciendo réplicas de si mismos, para ello, requieren de los elementos que se encuentran en su composición química. Cada uno de estos compuestos se sintetizan mediante una secuencia definitiva de reacciones enzimáticas las cuales son posibles si existe materia orgánica presente.

3.3. MATERIALES

- Gasa
- Algodón
- Palillos

3.5. **TECNICAS :**

TORUNDAS DE GASA.

- Lávese las manos
- Limpie y ordena el área en la que va a trabajar.
- Tome una pieza de gasa de 21 cms x 21 cms aproximadamente.
- Doble la gasa uniendo dos de sus esquinas. Le quedará en forma de triángulo.
- Dóblelo por la mitad sobre su lado más largo, introduciendo dentro del dobles su dedo índice.
- Tome la punta superior y realice dos o tres dobleces en dirección hacia usted y sostenga con el dedo pulgar.
- En forma simultánea saque el dedo índice y en su lugar introduzca la cola de gasa que se ha formado de tal forma que no queden hilos de fuera.
- Al terminar esta actividad, limpie y ordena el área sobre la cual ha trabajado.
- Si le ha sobrado gasa, guárdela en el lugar indicado de la forma más ordenada posible.

TORUNDAS DE ALGODÓN

- Lávese las manos
- Limpie y ordena el área sobre la cual va a trabajar.
- Tome una cantidad moderada de algodón.
- Si es necesario retire las puntas que más sobresalen y colóquelos al centro de la porción de algodón tomada.
- Sosteniendo el algodón con una mano, forme un cono con su otra mano e introduzca en él algodón haciendo presión con el dedo índice.
- Abra sus dedos índice y pulgar únicamente y tome con la otra mano el algodón sujetando firmemente y uniendo todos los fragmentos que de él sobresalen.
- Habiéndolo sujetado, abra por completo el cono formado con su mano y sujete el algodón por la parte inferior.
- Ejerciendo cierta presión con la punta de su dedo pulgar que sujeta la parte inferior, procesa a amarrar el algodón girando sus manos en direcciones contrarias haciendo presión (sin impedir la rotación del algodón) sobre el área superior permitiendo que las puntitas que sobresalen se enreden entre sí, dando finalmente la forma adecuada a la torunda.
- Se recomienda de preferencia no utilizar agua para amarrar la torunda, ya que al evaporarse, esta tiende a soltarse.
- No colocarle mucho algodón al centro, pues esta hará que la torunda quede muy forzada y se soltará con facilidad, al terminar esta actividad, limpie y ordena el área sobre la cual ha trabajado.

CURACIÓN ABDOMINAL

- Lávese las manos.
- Limpie y ordene el área en la que va a trabajar.
- Corte un trozo de algodón de aproximadamente 8 cms x 18 cms.
- Colóquelo al centro de una pieza con ruedilla en uno de sus costados
Las dimensiones de la gasa serán de 22 cms x 40 cms.
- Doble la gasa sobre el algodón iniciando con los lados de derecha a izquierda y viceversa.
- Tome el costado sin ruedillo y dóblelo sobre el algodón.
- Haga lo mismo con el costado que sí tiene ruedillo de tal forma que cubra por completo el ancho del algodón y que no queden hilos por fuera.
- Al terminar esta actividad limpie y ordene el área sobre la cual ha trabajado.
- Si le ha sobrado gasa y algodón, guárdelos en el lugar indicado en la forma más ordenada posible.

HISOPOS

- Lávese las manos
- Limpie y ordene el área en la que va a trabajar
- Tome un palillo, colóquelo sobre sus dedos índice, medio anular y meñique y sujételo con el dedo pulgar.
- Coloque la punta del palillo parcialmente sobre el algodón y hágalo girar para permitir que el algodón se enrede en el palillo.
- Cuando ya tenga la cantidad de algodón adecuada hágalo girar sobre sus dedos índice y medio de su otra mano, sujetándolo y ejerciendo presión con el dedo pulgar.
- La presión debe ser en forma ascendente de manera suave al principio y aplicando mayor presión a media que asciende asegurando que el algodón quede firmemente amarrado al palillo.
- Al terminar esta actividad limpie y ordene el área en la cual ha trabajado.

CURACIÓN UMBILICAL

- Lávese las manos
- Limpie y ordene el área sobre la cual va a trabajar.

- Elabore un hisopo (del tamaño de los hisopos de servicio)
- Prepare una changa de cinta umbilical; esta deberá tener una longitud aproximada de 20 cms.
- Toma una pieza de gasa doble de 11 cms x 11 cms aproximadamente y realícele un corte en el centro de 2.5 cms aproximadamente.
- Coloque sobre la gasa en forma esquinada y al centro el hisopo y la cinta umbilical.
- Doble la gasa sobre el hisopo y la cinta. Le quedará en forma de triángulo.
- Al terminar esta actividad, limpie y ordena el área sobre la cual ha trabajado.

MECHA VAGINAL

- Lávese las manos
- Limpie y ordena el área sobre la que va a trabajar.
- Tome una pieza de gasa de 22 cms de ancho por 2.5 m de longitud, de preferencia debe ser de la gasa que tiene ruedillo.
- Realice un dobles de 10 cms en cada extremo.
- Proceda a doblar los costados, llevándolos al centro de tal forma que la parte del ruedillo quede sobre el costado liso.
- Doble uniendo los dos bordes de los dos costados.
- Comience a enrollar la mecha en forma firme y uniforme, hasta enrollarla por completo.
- Al terminar esta actividad, limpie y ordena el área sobre la cual ha trabajado.

TAPÓN VAGINAL

- Lávese las manos.
- Limpie y ordene el área sobre la cual va a trabajar.
- Tome una cantidad moderada de gasa (de preferencia del desperdicio) y córtela en fragmentos pequeños.
- Desmenuce algodón y mézclelo con la gasa.
- Tome una cantidad moderada y colóquela al centro de una gasa doble del tamaño de la gasa para torundas.
- Forme un cono con una de sus manos e introduzca en él la gasa con la viruta.
- Sujete el cono y déle forma de bolita.
- Corte una cinta umbilical de una longitud de lo largo de su brazo.
- Amarre con esta cinta sobre el cuello de la bolita formada de tal forma que quede asegurada y con una textura moderada; no muy sólida ni muy flácida.
- Corte la gasa restante a una distancia de 1.5 cms del nudo, y enrolle la cinta sobre el nudo mismo.

4. PREPARACION DE EQUIPOS (CAJAS QUIRURGICAS)

4.1 . Definición

- Disponer de todo el material y equipo, ordenado y empaquetado correctamente para el proceso de su esterilización.

4.2 . Objetivos

- Contar con el equipo necesario para ser esterilizado para la demanda de las unidades de atención.

4.3. Principios

Microbiología

- El equipo debe estar libre de mugre, particularmente del aceite y sustancias orgánicas como pus, sangre u otras secreciones.

Química y Física

- Los desinfectantes no penetraran materiales orgánicos y la esterilización por calor tiende a coagular las proteínas, cociendo la mugre firmemente en los equipos.

4 . 4 .

Pasos

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Lavarse las manos	
- Recibir equipos según lista.	- Cambiar lista según sea necesario y colocarle fecha y nombre.
- Constatar limpieza, funcionalidad y que el equipo se encuentre seco.	- Rechazar todo equipo que llegue sucio, húmedo e incompleto. Aceitar o cambiar piezas deterioradas.
- Completar equipo con material quirúrgico a utilizar.	- Colocar lo necesario para su uso.
- Seleccionar cubierta para el empaque de acuerdo al tamaño del equipo.	-Asegurarse que la cubierta esté limpia y sin roturas.
- Empaquetar el equipo, cerciorándose que quede	- No apretar demasiado, si no lo suficiente.

completamente cubierto.	- Dejar esquina de cubierta interna volteada hacia fuera.
- Usar tirro para identificar el equipo con letra clara y legible colóquele cinta testigo.	- Usar bolígrafo de tinta color azul o negro. No usar abreviaturas. Coloque nombre completo del equipo, fecha y nombre de quién lo preparó.
- Colocar en estante asignado para su esterilización.	

ORDENAMIENTO DE ROPA SEGÚN CIRUGIA

PAQUETE DE LAPAROTOMÍA CORRIENTE

- 2 Paquetes corrientes
- 15 Campos especiales
- 1 Paquete de torundas de gasa
- 2 Curaciones abdominales
- 1 Sábana de Laparotomía
- 4 Campos corrientes
- 1 Media sábana
Cinta Testigo
- 2 Gabachones con su toalla
- 2 Campos corrientes
- 1 Media Sábana
- 1 Funda Mayo
- 1 Gabachón con su toalla.

PAQUETE ABDOMINAL ELECTIVO

2 Campos corrientes
15 Campos especiales
1 Paquete de torundas de gasa
2 Curaciones abdominales
1 Sábana de laparotomía
4 Campos corrientes
1 Media sábana
Cinta Testigo
2 Gabachones con su toalla
2 Campos corrientes
1 Media Sábana
1 Funda Mayo
1 Gabachón con su toalla.

BIOPSIAS DE MAMA

1 Media sábana hendida
5 compresas
4 Gabachones con toalla
1 Media Sábana
2 Curaciones abdominales
1 Paquete de torundas de gasa
Cinta testigo
2 Cubiertas No 2

PAQUETE VAGINAL ELECTIVO

2 Campos corrientes
15 Compresas
1 Mecha vaginal
2 Paquetas de torundas de gasa
1 Media Sábana
1 Sábana ginecológica
Cinta Testigo
4 Campos corrientes
3 Gabachones con su toalla.
3 Campos corrientes
1 Media sábana
1 Funda mayo
1 Gabachón con toalla

ESTERILIZACIÓN

1 Paquete de torundas de gasa
3 Compresas
2 Gabachones con toalla
1 Media Sábana hendida
Cinta Testigo
Cubiertas No 2

MASTECTOMÍA RADICAL

2 Campos corrientes
15 campos especiales
1 paquete de torundas de gasa
2 Curaciones abdominales
1 Sábana de laparotomía
4 Campos corrientes
1 Media Sábana
Cinta Testigo
3 Gabachones con toalla
2 Campos corrientes
1 Media Sábana
1 Funda mayo
1 Gabachón con toalla.

CONO DE CERVIX

1 Sábana ginecológica
6 Campos corrientes
2 Gabachones con toalla
1 Media Sábana
Cinta Testigo
2 Paquetes de torundas de gasa
1 Mecha Vaginal
5 Compresas
2 Cubiertas No 2

MASTECTOMÍA RADICAL

2 Campos corrientes
15 Campos especiales
1 Paquete de torundas de gasa
2 Curaciones abdominales
1 Sábana de laparotomía
4 Campos corrientes
1 Media Sábana
Cinta Testigo
3 Gabachones con toalla
2 Campos corrientes
1 Media Sábana
1 Funda Mayo
1 Gabachón con toalla

ALIMENTACIÓN PARENTERAL

2 Medias Sábanas
8 Campos corrientes
2 Gabachones con toallas
Cinta Testigo
2 Cubiertas No 2

2.3. PREPARACION DE GUANTES

Definición

- Es el proceso de lavado, acondicionamiento en cubierta e identificación de guantes para ser esterilizados a vapor húmedo.

Objetivo

- Preparar la cantidad suficiente de guantes para proveer a los servicios de atención de acuerdo a la demanda.

Principios

Físico

El proceso de esterilización no es efectivo si el guante está húmedo.

Biológico

El material de goma debe estar completamente limpio para su esterilización efectiva.

Material y Equipo

Guantes
Cubierta y bolsa
Tirro
Papel empaque para guantes de tacto
Cinta testigo
Mesa de Trabajo
Tijera
Cesta de Transporte
Recipiente para guantes rotos

Pasos

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Coloque los guantes sucios en solución	- Protegerse con gorro, gabachón y mascarilla. - Use lejía al 10 x 1000
- Lave con abundante agua y jabón todos los guantes de ambos lados (revés y derecho).	
- Cuelgue los guantes para facilitar su escurrimiento de agua en ambos lados.	
- Seque completamente los guantes revés y derecho.	
- Revise cada uno de los guantes, cerciorándose su buen estado.	- Reemplace los guantes dañados.
-	-
- Seleccionar los guantes por su número, por izquierdo y derecho al mismo tiempo efectúe dobles en puño; si es de tacto enrollarlo.	- Seleccione guante de uso en sala de operaciones, servicios de atención y tacto vaginal.
- Coloque en su respectiva bolsa los guantes respetando el derecho e izquierdo	- Cerciórese que el dedo pulgar quede a los extremos y con la palma de la mano hacia arriba.
- Hacer dobles en la bolsa en el extremo de los dedos.	
- Introducir la bolsa en la cubierta.	
- Identificar el número de guantes, coloque fecha, iniciales y coloque cinta testigo.	
- Coloque el material en un cesto y llevarlo para esterilizarlo.	- Deje ordenada el área de trabajo.

1.3 ELABORACIÓN DE PAQUETES DE ROPA

Definición

- Paquete se refiere a los lienzos reunidos en grupos para ser usados en operaciones específicas.

Objetivo

- Elaborar los paquetes de ropa de manera adecuada, y completa que faciliten el proceso quirúrgico.

Principios

Físicos

- El doblado uniforme del mismo grupo de lienzos ayuda a la estandarización de este tipo de suministros.

Químico

- La permeación del interior de un paquete depende de su tamaño y de su densidad, para que el flujo del vapor sea uniforme y eficaz al ser esterilizado.

Pasos

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Efectuar lavado de manos	- Hacer abundante espuma con jabón.
- Seleccionar y revisar cada uno de los lienzos.	- Señalar con lápiz en el lienzo los pequeños agujeros y otros defectos, y enviarlos a costurería.
- Doblar cada uno de los lienzos correctamente	- Al colocarlo en el paquete deje a la vista una esquina.
a) <u>toalla</u> * Doblar a la mitad * Si es necesario doblar la parte derecha sobre la izquierda.	- Dejar orificio centrado
b) <u>Campo Hendido</u> * Extender lienzo sobre una base final. * Llevar ambos lados hacia el centro doblándolos en forma de abanico dejando bordes encima. * Luego doble en tres partes.	- Deje a la vista una esquina para la facilidad en el uso.
c) <u>Campos Corrientes</u> * Doblarlo a la mitad * Después el extremo inferior sobre el superior. * Doblar de derecha sobre la izquierda luego repetir el mismo paso de izquierda a derecha.	- Dejar a la vista esquina de pieza
d) <u>Media Sábana</u> * Doblarla por la mitad de lo largo de la pieza. * Después el extremo inferior sobre el superior y repetirlo nuevamente. * Luego doblar de derecha sobre la izquierda.	- Trabajar primero e lado proximal
e) <u>Sábana hendida</u> * Coloque la sábana a lo largo dejando el extremo más corto del Orificio hacia el lado izquierdo. * Doblar ambos lados hacia el centro del lienzo en forma de abanico dejando bordes encima. * Doblar el extremo proximal del orificio. * Luego doblar en tres partes el extremo distal dejando bordes encima. * Después de izquierda a derecha.	- Dejar orificio centrado
f) <u>Campo Especial</u> * Extender la pieza a lo largo y colocar la cinta dentro del campo. * Doblar por mitad de derecha hacia la izquierda * Luego repetir el paso anterior.	- El dobles iniciarlo donde está fijada la cinta. - Dejar esquina encima.
g) <u>Compresa</u> * Repetir paro 1 y 2 del campo estéril.	
h) <u>Campo de Inyectables</u> * Extender el lienzo dejando las bolsas en el extremo superior. * Doblarlo de derecha a izquierda a dos tercios de lienzo. * Después de doblar de izquierda sobre la derecha	- Dejar esquina encima
i) <u>Gabachón</u> * Agarrar la pieza por la parte interna de los hombros y voltearlo. * Extenderlo sobre una base firme dejando al revés sobre ésta. * Llevar todo dobles hacia el centro del lienzo. * Doblar cinta de la cintura * Acomodar mangas y ambos lados dejando cinta de la espalda hacia adentro. * Llevar ambos lados a la mitad. * Colocar el lado proximal sobre distal. * Luego doblar la pieza en tres de tal forma que el extremo de los hombros quede encima.	- Trabajar cada paso primero en el lado proximal y luego el distal.
j) <u>Funda Mayo</u> * Verificar que pieza esté al derecho. * Introducir manos en el interior de la funda sujetándola de las costuras donde se inicia la abertura y voltear. * Luego colocarlo sobre una base firme y traslapar ambos lados de la	- Dejar abertura frente al cuerpo

<p>abertura.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Doblar ambos lados hacia el centro. * Luego, lado proximal sobre distal * Y doblar de derecha sobre izquierda. <p>k) <u>Sábana de Laparotomía</u></p> <ul style="list-style-type: none"> * Extender el lienzo, dejando el extremo proximal al orificio a la Izquierda. * Llevar al centro ambos lados doblándolos en forma de abanico dejando bordes encima. * Luego doblar el extremo proximal al orificio partiendo de la costura. * Posteriormente doblar el extremo distal del orificio en tres partes dejando los bordes encima y luego doblarlo en dos tercios. * Luego doblar de izquierda sobre la derecha. <p>l) <u>Sábana Ginecológica</u></p> <ul style="list-style-type: none"> * Extender lienzo sobre una base firme. * Doblar pierneras en forma de abanico * Luego doblar ambos lados hacia el centro en forma de abanico; dejando el borde encima. * Después doblar en tres partes ambos extremos. * Al final doble el lienzo en tres partes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Al armar paquete dejar extremo inferior debajo. - Trabajar primero la parte proximal, luego la distal. - Verificar que orificio quede encima. - Dejar cierre de pierneras encima. - Trabaje primero la parte proximal luego la distal.
---	--

1.4 MEDIDAS QUE SE APLICAN EN EL QUIROFANO PARA ELIMINAR SUCIEDADES DE PAREDES, PISOS EQUIPO Y MOBILIARIO.

Objetivo

- Prevenir infecciones cruzadas
- Disminuir la cantidad de microorganismos patógenos del ambiente y del mobiliario e impedir que invadan otras áreas.
- Proteger al personal del quirófano del contacto con el material infectado.

Principios

- La frotación enérgica de las superficies lisas con agua y jabón permite el desprendimiento de los microorganismos.
- Mediante la frotación enérgica de germicida a paredes, pisos y equipo, se logrará la destrucción de microorganismos patógenos.
- El frío inhibe el crecimiento de los gérmenes

1.6.3

A. Después de una Intervención Quirúrgica

- Después que el paciente, ropa e instrumentos se han sacado de quirófano, los desechos sólidos que hay en el piso deberá recogerlos la ayudante de limpieza y colocarlo en su respectiva bolsa (roja).
- Colocarse guante
- Aplicar lejía al 10 x 1.000 en piso y mobiliario por 10' luego pasar trapeador con agua y jabón y luego húmedo limpio.
- Limpiar mobiliario y colchón con trapo embebido con lejía al 10 x 1,000.
- Todo el personal que participe en la intervención deberá cambiarse mascarilla y zapateras.

B. Cada 24 Horas

- El personal de enfermería retirará el material de los estantes antes de iniciar el lavado.
- El personal de enfermería limpiará con agua y jabón el mobiliario (mesa op., mayo circular, botiquines y lámpara). Luego pasará un trapo humedecido con lejía al 10/1000 y a los 10" pasar trapo húmedo solamente a la lámpara cielítica y de pie.
- La ayudante de limpieza lavará con agua y jabón las paredes y piso de los quirófanos, posteriormente secar piso y luego aplicará lejía 10/1000.
- El personal de enfermería entrará todo el material y ordenará quirófano.

C. En caso séptico

(SIDA, Fiebre Tifoidea, Gangrena Gaseosa, Hepatitis, Tétano, Sífilis, Heridas infectadas, Absceso de Cavidad Abdominal)

- El personal de enfermería usará material descartable como: jeringas, agujas, tubos de aspirar, guantes, sondas y al finalizar la intervención se depositarán en bolsas adecuadamente al centro de acopio, objetos cortopunzantes en su respectivo depósito.
- En otros casos sépticos y con HIV/SIDA colocará la ropa en bolsas especiales y la llevará a lavandería (rotulándola de "Contaminada")
- El instrumental, hoja de laringoscopia sin foco, tubos endotraqueales y de aspirar secreciones y otro equipo que ha estado en contacto con el paciente, deberá aplicársele película de cetylclde x 30 minutos; todos los instrumentos deben estar abiertos y colocados en lejía de 100 x 1,000 x 30'. Posteriormente lo lavará con agua y jabón, secarlo y ordenarlo.
- Aplicar le lejía al 100/1000 a paredes, piso y mobiliario y dejarla por 30'.
- La ayudante de limpieza lavará paredes y pisos de los quirófanos con agua y jabón, posteriormente secará piso con trapeador seco y limpio y pasará un trapo humedecido con lejía al 100/1.000.
- El personal de enfermería limpiará con agua y jabón el mobiliario (mesa, mayo, circular, botiquines y lámparas, luego pasará un trapo humedecido con lejía al 100/1000 a los 10' pasará húmedo a lámpara cielítica y de pie.
- El quirófano queda habilitado para nueva intervención.

- DESINFECCIÓN PARCIAL DE QUIRÓFANOS (AL FINALIZAR CADA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA)

DEFINICIÓN:

Es el proceso mediante el cual se hace la desinfección y destrucción de microorganismos con agentes químicos y físicos en un quirófano a través de fricción.

PRINCIPIOS CIENTÍFICOS:**Química.**

- El jabón es un buen detergente o elemento de limpieza, en parte; porque es un fuerte reductor de la tensión superficial, es un buen emulsionante de grasas y aceites, contribuye al alejamiento mecánico de las bacterias.
- El hipoclorito de sodio, comúnmente conocida como lejía actúa como desinfectante de nivel intermedio desinfectando los microorganismos patógenos de: equipo, material, paredes, pisos, etc.

Físico

- La frotación enérgica de las superficies lisas con agua y jabón permite el desprendimiento de los microorganismos.
- Mediante la frotación enérgica de germicida a paredes y pisos se logrará la destrucción de microorganismos patógenos.

OBJETIVOS:

- Realizar desinfección parcial del quirófano una vez sea utilizado con Intervenciones Quirúrgicas.
- Evitar contaminaciones e infecciones cruzadas.
- Evitar crecimiento microbiológico en el ambiente y mobiliario del quirófano .
- Disminuir los riesgos de Infecciones de Sitio quirúrgico en las pacientes sometidas a cirugías.

EQUIPO:

- Guantes
- Baldes
- Detergente
- Agua corriente.
- Ropa de Sala, gorro, mascarilla, zapateras
- Trozos de tela desechable
- Lejía al 0.5%
- Compresas estériles

PROCEDIMIENTO

Pasos	Fundamentos Científicos
<ul style="list-style-type: none"> • Después que el paciente, la ropa y los Instrumentos se han sacado de Quirófano; los desechos Sólidos que hay en el piso deberán recogerlos el-la Ayudante de Limpieza y colocarlos en su respectiva bolsa roja. • Colocarse guantes. • Aplicar solución de Lejía al 0.5 % en piso y mobiliario* por 10 minutos, luego pasar trapeador con agua y jabón , posteriormente húmedo y limpio. • Limpiar mobiliario y colchón de mesa quirúrgica con compresa embebida con Lejía al 0.5 %. • Todo el personal que participe en el Procedimiento deberá cambiarse mascarilla y zapateras al finalizar procedimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Favorece la desinfección primaria de las superficies expuestas a salpicaduras con sangre, pus, y otros fluidos orgánicos, evitándole riesgos de contaminación al personal que los manipula. • Siempre inicie de lo más limpio a lo contaminado • Por la acción de la fuerza de gravedad y peso molecular de las cargas microbiológicas los objetos y equipos mas cercanos al suelo se consideran más contaminados. • Usar medidas estándares de bioseguridad disminuye el riesgo de contaminarse.

*Revisado por Cté. de Revisión de Procedimientos, Jefe Dpto. de Enfermería y Jefe Médico de Centro Qco. 14-08-02.

- DESINFECCIÓN TERMINAL DE QUIRÓFANOS (LIMPIOS) CADA 24 HORAS**DEFINICIÓN:**

Es el proceso mediante el cual se hace la desinfección y destrucción de microorganismos con agentes químicos y físicos en un quirófano a través de fricción.

PRINCIPIOS CIENTÍFICOS:**Química.**

- El jabón es un buen detergente o elemento de limpieza, en parte; porque es un fuerte reductor de la tensión superficial, es un buen emulsionante de grasas y aceites, contribuye al alejamiento mecánico de las bacterias.
- El hipoclorito de sodio, comúnmente conocida como lejía actúa como desinfectante de nivel intermedio desinfectando los microorganismos patógenos de: equipo, material, paredes, pisos, etc.

Físico

- La frotación enérgica de las superficies lisas con agua y jabón permite el desprendimiento de los microorganismos.
- Mediante la frotación enérgica de germicida a paredes y pisos se logrará la destrucción de microorganismos patógenos.

OBJETIVOS:

- Evitar contaminaciones e infecciones cruzadas.
- Evitar crecimiento microbiológico en el ambiente y mobiliario del quirófano .
- Disminuir los riesgos de Infecciones de Sitio quirúrgico en las pacientes sometidas a cirugías.

EQUIPO:

- Guantes
- Baldes
- Detergente
- Agua corriente.
- Ropa de Sala, gorro, mascarilla, zapateras
- Trozos de tela desechable
- Lejía al 0.5%
- Compresas estériles
- Garrafas conteniendo:
- lejía al 0.5% ,
- detergente diluido
- y agua.
- 3 Huacales plásticos

PROCEDIMIENTO:

PASOS	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<ul style="list-style-type: none"> • Colocarse gorro, mascarilla y zapateras. (previo retiro de prendas como reloj, anillos, cadenas, etc.) • Preparar equipo. • Lavado de Manos. • Aislar equipos de anestesia y que contengan sistemas eléctricos, con sábanas limpias. • Desalojar material con cubiertas de tela o papel estéril, y material en solución del quirófano dejando exclusivamente : mesa quirúrgica, mesa mayo, bancas, estantes, atriles, mesa media luna, colchoneta, pierneras metálicas, mesa de usos varios, cauterios, gradillas, lámparas, braceras, separador de anestesia, aparato de anestesia, trípode, baldes, tortuga, y aparato de succión. • Colocarse guantes descartables. • Apagar aire acondicionado. • Inicie la limpieza del resto de accesorios y superficies aplicando jabón detergente haciendo fricción rigurosa en sentido de las agujas del reloj y de arriba hacia abajo; luego proceda a retirarlo con una compresa húmeda. • Luego proceda a secar utilizando ropa descartable estéril (no motosa). • Aplique una capa final de solución desinfectante intermedia sobre las superficies iniciando de lo más limpio a lo contaminado. • Pasar película de desinfectante (cetylcide) a las partes metálicas de monitores, aparatos de anestesia y cauterio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Usar medidas estándares de bioseguridad disminuye el riesgo de contaminarse. • Evita que los sistemas eléctricos sufran deterioro por salpicaduras de detergentes o químicos. • Evita que el material se moje o contamine. • Previene los riesgos de contaminación al manipular material, equipo y superficies contaminadas. • Evita el condensamiento de las soluciones químicas. • Favorece la desinfección primaria de las superficies expuestas a salpicaduras con sangre, pus, y otros fluidos orgánicos, evitándole riesgos de contaminación al personal que los manipula. • Siempre inicie de lo más limpio a lo contaminado • Por la acción de la fuerza de gravedad y peso molecular de las cargas microbiológicas los objetos y equipos mas cercanos al suelo se consideran más contaminados. • Se deberá incorporar simultáneamente al procedimiento el Anestesiista con el lavado de

<ul style="list-style-type: none"> Equipar y ordenar quirófanos con todo el material necesario, dejándolo listo para la próxima cirugía. Coloque en puerta del quirófano la hora ,fecha y nombre del responsable de la desinfección del quirófano. 15. Repita este procedimiento al final de cada turno (cada 2 4horas). 	<p>su aparato de anestesia y cambio de accesorios ; y Ayudante de Limpieza con el lavado de cielo, paredes y piso.</p> <ul style="list-style-type: none"> Favorece la eliminación de microorganismos mediante la fricción con soluciones desinfectante. Disminuye los riesgos de colonizar rápidamente las superficies. Desacelera la multiplicación microbiológica sobre las superficies. Repita este paso posterior a la limpieza del quirófano (entre cirugía y cirugía.) Ahorra tiempo y evita salir del quirófano innecesariamente. Dejar constancia del responsable de la desinfección del quirófano. <p>Mantendrá un ambiente limpio y minimizará los riesgos de colonización microbiológica del quirófano.</p>
--	---

*Revisado por cté. De revisión de Procedimientos, Jefe Dpto. de Enfermería y Jefe Médico de Centro Qco. 14-08-02.

CAPITULO IX

MEDICION DE INGESTA Y EXCRETA DE LÍQUIDOS ORGÁNICOS

1. MEDICIÓN DE ORINA RESIDUAL

1.1 Definición

- Es la medición de orina acumulada en la vejiga posteriormente a una micción.

1.1.2 Objetivos

- Verificar retención de orina posteriormente al retiro de sonda vesical después de cirugía vaginal.
- Vaciar Vejiga completamente
- Evitar una complicación en la paciente.

1.1.3 Principios

Científicos

- La vejiga es un órgano muscular hueco y elástico que se sitúa en la cavidad pélvica por detrás de la sínfisis púbica, tiene una capacidad de 150 cc a 300cc.
- Las cirugías vaginales permanecen con sonda vesical un promedio de 3 a 5 días, por lo que se exponen a problemas de retención urinaria después de retirar sonda vesical.
- El promedio considerable para una orina residual es:
Si es mayor de 100 a 150 cc este es positivo
Si es menor de 100cc de orina este es negativo.
- Todo procedimiento en donde se introduce un cuerpo extraño se expone a riesgo de infección, por lo que se debe utilizar una técnica libre de riesgo.

1.1.4 Equipo

- Equipo de Cateterismo
- Jabón Antiséptico

- Agua Estéril
- Solución Antiséptica
- Pato
- Biombo
- Pinza de Transferencia
- Guantes estériles
- Sonda foley No 14 - 16
- Frasco Medidor de Orina
- Vasija con lejía diluida
- Vasija para desechos

Si hay necesidad de dejar sonda en permanencia agregar:

- Tubo recolector de orina con su respectiva bolsa
- Esparadrapo
- Jeringa de 10cc
- Agua destilada
- Pinza (para pinzar sonda)

1. 1.5 Pasos

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Lavarse las manos y preparar equipo	
- Orientar a la paciente sobre el procedimiento.	- Dar privacidad
- Efectuar aseo vulvar y cateterismo.	- Utilizando técnica aséptica
- Vaciar vejiga	- Medir cantidad de orina
- Dejar cómodo al paciente	
- Hacer anotaciones en hoja de enfermera.	- Reportar al médico si fue positivo o negativo.
- Orientar a la paciente sobre micción espontánea.	- Explicar la importancia de avisar para medir diuresis.

RECOLECCIÓN DE MUESTRA LIMPIA DE ORINA**Definición**

- Es la obtención de muestra de orina para examen general y urocultivo.

Objetivo

- Recolectar muestra de orina libre de sangre o secreciones vaginales.

Principios**Científicos**

- La micción se inicia por la retracción de las paredes de la vejiga o por la vejiga o por la presión de la orina.
- La micción se lleva a cabo con más facilidad cuando ningún factor interfiere con la eliminación voluntaria, por lo que la privacidad y posición natural facilitan la micción espontánea.
- La temperatura, oscuridad, humedad de la región genital femenina favorece la proliferación de microorganismos que pueden contaminar la orina al recolectar la muestra.

EquipoEquipo estéril

- Equipo de aseo vulvar
- Frasco recolector para urocultivo o examen general
- Torundas de Algodón
- Pinzas para aseo vulvar
- Jabón yodado
- Pinza de transferencia

Equipo estéril

- Pato
- Recipiente para el sucio
- Biombo
- Jabón en pastilla
- Papel higiénico

Pasos

PASOS / ACTIVIDADES	FUNDAMENTO / PUNTOS IMPORTANTES
- Identificar e instruir a la usuaria sobre el procedimiento.	- Si es usuaria dependiente hacer aseo vulvar antes de tomar la muestra.
- Lavarse las manos	- Si la usuaria efectuara el procedimiento tomar muestra después del baño. - Orientar a la usuaria sobre el lavado de manos.
- Proporcionar material a utilizar jabón, papel higiénico, frasco recolector.	- Explicar a la usuaria que utilice abundante agua y jabón para la limpieza de genitales. - Orientar a usuaria para que tome la muestra a media micción.
- Identificar frasco con nombre completo y número de registro.	
- Dejar cómodo al usuario.	
- Enviar muestra al laboratorio	- Cerciorarse que boleta esté correctamente llena y sellada.
- Hacer notas de enfermería	

CAPITULO X

PREPARACION DE PACIENTES PARA EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALES

TRAMITE PARA LA ADQUISICION DE MEDICAMENTOS ESPECIALES EN NEONATOLOGIA (VANCOMOCINA, TIEMANE, CLAFORAN, NETROMICINA, INMUNOGLOBULINA HUMANA)

Pasos:



medicamento este vacío.

Cerciorarse que frasco del

Solicitar medicamentos a pediatra del termo entregando frasco vacío a cambio.

Diluir medicamentos, colocándole fecha y hora de dilución.

Mantener en refrigeración.

TRAMITE DE MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN ORDEN DE COMPRA.

- Medico R3 elaborara y firmara requisiciones de farmacia anexando receta para orden de compra.
- NOTA: En requisición de farmacia colocar número de dosis del día y en receta de compra el total de frascos o tabletas que se necesitan para todo el tratamiento.
- Solicitar firma de medico asesor de medicamentos llevar orden de compra y anexar requisición a administración Suministros Médicos.

NOTA: Medicamentos ingresados a Almacén serán retirados únicamente por Farmacia.

- Farmacia avisará al servicio para que estos sean retirados por enfermería o secretaria de la unidad.

◆ ANTIBIOTICOS CON FIRMA DE RESIDENTE:

- Ampicilina.
- Amoxicilina.
- Penicilina sodica.
- Penicilina benzatinica.
- Trimetropine sulfametazol.
- Cloranfenicol.
- Cefalotina.
- Eritromicina.
- Gentamicina.
- Dicloxacilina.
- Tetraciclina.

◆ ANTIBIOTICOS RESTRIGIDOS.

La requisición de estos medicamentos deberá ser firmada por medico asesor de lunes a viernes, fines de semana o por la noche deberá ser firmada por medico Jefe de Residentes o medico de staff de turno.

- Ceftraxona.
- Cefotaxinma.
- Metronidazol Ev.
- Amikacina.

◆ ANTIBIOTICOS QUE DEBEN SER AUTORIZADOS POR MEDICO ASESOR Y EVALUAR SU COMPRA.

- Clindamicina.
- Vancomicina.
- Ciprofloxacina.
- Cefalexina.
- Ticarcilina.
- Netilmicina.

LISTADO ACTUALIZADO POR JEFE DE DEPTO. O SERVICIOS DE APOYO.

En las requisiciones con sus respectivas firmas deberá señalarse el total de dosis diarias a consumir por el paciente. Deberá anexársele una receta pequeña para generar la orden de compra señalando el total de dosis del tratamiento completo a cumplirse con firma de médico R₃ Jefe. Llevar junto con expediente al Depto. De Suministros para su autorización. Luego pasar a retirar dosis del día a farmacia al obtener su compra.

PROTOSCOLOS DE DILUCION DE MEDICAMENTOS

Cada medicamento de ser diluido al momento de cumplirlo, a excepción de los utilizados en el área de Neonatología.

Medicamentos diluidos en el área de Neonatología serán debidamente identificados con nombre del medicamento, dilución, fecha, hora e iniciales de la persona que diluye.

Guardar medicamentos diluidos en refrigeración (no congelar).

Conservar medicamento diluido en frasco estéril.

No debe usarse ningún medicamento después de 5 días de haberse diluido.

Medicamentos usados en Paro Cardiorrespiratorio y otros de uso delicado deben ser rotulados inmediatamente después de ser abiertos y/o diluidos, deberán servirse en las jeringas correspondientes debidamente rotulados. Estos deben ser identificados por la persona que los ha diluido.

Es importante utilizar la solución diluyente señalada en el "Protocolo de dilución de Medicamentos" para evitar precipitaciones del medicamento.

Para la dilución de medicamentos consultar " Protocolo de dilución de medicamentos".

TRASLADOS DE RECIEN NACIDOS A HOSPITAL BLOOM PARA INTERCONSULTAS O CONTRAREFERENCIAS.

- Notificar a Trabajo Social para que:
- Solicite cita telefónicamente a Hospital Bloom.
- Coordine transporte.
- Informe a padres de familia cancelaciones necesarias por exámenes indicados en interconsulta 1/c (Ej. ECG, Rx, Pruebas de Laboratorio etc).
- Solicitar consentimiento informado a la madre
- Notificar a responsables del recién nacidos la interconsulta.
- Coordinar recurso humano y material que acompañara al recién nacido.
- Llevar recién nacido en fecha y hora estipulada, a la institución indicada por Médicos y Trabajo Social.
- Hacer anotaciones de enfermería correspondiente.
- Si el Recién Nacido se deja para ingreso en la Institución donde se haya llevado a I/C, proporcionar la información necesaria en admisión de pacientes, con la información disponible en plantares y hoja de ingreso y egreso del Recién Nacido.
- Al regresar informar a la madre de las condiciones de traslado en caso de estar ingresada y agregar la copia y original del plantar al expediente clínico Materno.

NOTA: 1/c (Neurólogo, cardiólogo, endocrinólogo, cirugía general).

TRASLADOS O INTERCONSULTAS CON ESPECIALISTAS DE PACIENTE ADULTA

A- TRASLADOS.

- ✔ Contar con autorización de medico especialista donde responsabiliza de recibir paciente en la otra institución.
 - ✔ Coordinar personal de enfermería y medico para su traslado, en caso necesario encargado de oxigenoterapia y motorista.
 - ✔ Contar con hoja de referencia e historia clínica.
 - ✔ Elaborar nota de enfermería del traslado en expediente clínico de la paciente.
 - ✘ Llevar tarjeta de cumplimiento de medicamentos.
 - ✘ Llevar hoja de ingreso y egreso de pacientes para la aportación de datos en el archivo de la otra institución, la cual se traerá y anexara nuevamente al expediente clínico.
 - ✘ No se llevara expediente clínico.
 - ✘ Trasladar a paciente con ropa limpia, venoclisis permeable y medicamentos cumplidos.
 - ✘ Si paciente lo amerita deberá llevarse en camilla de transporte dentro de ambulancia, caso contrario podrá trasladarse en cama rodante o en silla de ruedas, si paciente es traslado a Emergencia de Hospital Rosales.
- (se traerán de regreso ropa, medio de transporte, hoja de ingreso y egreso y accesorios).



personal de enfermería de la otra institución, proveyéndole de datos de referencia.

Se entregara paciente a

B. INTERCONSULTAS DE ESPECIALIDADES.

- 1- Solicitar cita previamente al Depto. de especialidades en hija de interconsulta.
- 2- Llevar a paciente en silla de ruedas con expediente acompañada de personal de enfermería o medico interno según estado de paciente.
- 3- Traer nuevamente a paciente una vez finalizada interconsulta.
- 4- Coordinar ambulación si condición de paciente o distancia lo amerita.

ANEXOS

PROTOCOLO DE DILUCION DE MEDICAMENTOS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	PRESENTACION	CONTENIDO	DILUCION	SOLUCION	VIA DE ADMINISTRACION	TIEMPO DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
AMPICILINA	Frasco	1.0 gramo	5 cc	Agua destilada	IM o EV	5 min.	Directo
PENICILINA SODICA	Frasco	5 millones	10 cc	Agua destilada	EV	10 min.	Directo lento
PENICILINA PROCAINICA	Frasco	4 millones	8 cc	Agua destilada	IM	5 min.	Elegir glúteos
GARAMICINA	Ampolla 2 ml	80 mgr.	50 cc	DW al 5%	EV o IM	30 min.	Via IM amp. De 2 cc
CEFOTOXIMA	Frasco	1 gramo	10 cc	Agua destilada	EV	5 min.	Directo
CEFTRIAJONA	Frasco	1 gr.	10 cc	Agua destilada	EV	5 min.	Directo
AMIKACINA	Frasco 2 ml	500 mgr.	50 cc	DW al 5%	EV	30 min.	Goteo Controlado
TIMENTIN	Frasco	3.1 gr.	50 cc	Agua destilada	EV	30 min.	Goteo Controlado
METRONIZOLE	Frasco de 100 ml	500 mgr.	100 ml.	Preparado	EV	30 min.	Goteo Controlado
VANCOMICINA	Frasco	500 mg.	100 ml.	DW al 5%	EV	45 min.-1 hr.	Goteo Controlado
DALACIN	Ampolla 4 ml	600 mgr.	50 ml.	DW al 5%	EV	30 min.	Goteo Controlado
DALACIN	Ampolla 4 ml	600 mgr.	4 ml.	No se diluye en adultos	IM	5 min.	
CIPROXINA	Frasco 50 ml	0.1 gr.	50 ml.	No se diluye en adultos	EV	30 min.	
CLORANFENICOL	Frasco	1 gr.	10 ml.	Agua destilada	EV	10 min.	Verificar permeabilidad venosa previa

PROTOCOLO DE DILUCION DE MEDICAMENTOS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	PRESENTACION	CONTENIDO	DILUCION	SOLUCION	VIA DE ADMINISTRACION	TIEMPO DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
DOPAMINA	Fro. de 5 ml.	200 mgr.	250 cc	DW al 5%	EV	Goteo continuo	Usar micro gotero o bomba de infusión
BOBUTAMINA	Fco. 20 ML.	250 mgr..	250 cc	DW al 5%	EV	Goteo continuo	Uso de BI
ADRENALINA	Amp. 1 ml.	1000 mgr.	250 cc	DW al 5%	EV	Goteo continuo	Uso de BI
NITROPUSIATO DE SODIO	Frasco	250 mgr.	250 cc	DW al 5%	EV	Goteo continuo	Uso de BI fotosensible
DIGOXINA	Amp. 2 ml.	0.25 mg.	10 cc	Agua destilada	EV	5 min.	
HIDRALAZINA	Amp. 1 ml.	20 mgr.	3 cc	Agua destilada	EV		
NIMODIPINA (NIMOTOP)	Fco. 50 ml.	10 mgr.	200 ml.	DW al 5%	EV	Goteo continuo	BI Fotosensible
MANITOL	Fco. 50 ml.	20 %	250 ml.	Preparada	EV	Goteo continuo	Colocar filtro
ACIDO AMINOCAPROICO (AMIKAR)	Fco. 20 ml.	5 gr.	230 ml.	Sol. Salina	EV	"	Bomba de infusión
NALBUFINA	Amp. 1 ml.	10 mgr.	10 cc	Agua destilada	EV	5 min.	Lento
AMINOFILINA	Amp. 10 ml.	250 mgr.	10 cc	Agua destilada	EV	10 min.	Directo y lento
GLUCONATO DE CALCIO	Amp. 10 ml.	10%	10 cc	Ag. destilada	EV	10 min.	Directo y lento

PROTOCOLO DE DILUCION DE MEDICAMENTOS

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	PRESENTACION	CONTENIDO	DILUCION	SOLUCION	VIA DE ADMINISTRACION	TIEMPO DE ADMINISTRACION	OBSERVACIONES
SULFATO DE MAGNESIO	Amp. 10 ml.	8 gr.	12 cc	Agua destilada	EV	20 min.	Dosis impregnación (8 cc en 12 cc agua destilada)
SULFATO DE MAGNESIO	Amp. 10 ml.	5 gr.	Sin diluir	Agregar 1cc xilocaina	IM profundo.		Según técnica establecida glúteo alternado Cada 4/h.
SULFATO DE MAGNESIO	Amp. 10 ml.	5 gr.	4 am.	1 lt. De DW al 5%	EV	Infusión continua	50 ml/h.
EPAMIN	Amp. 5 ml.	250 mgr.	20 cc	Solución Salina Normal	EV	20 min. 9	Goteo continuo
ALBUMINA HUMANA	Fco. 50 ml.	25%	Preparado		EV	30 - 45 min.	Goteo continuo

Protocolos de Manejo y Conservación en Procedimientos Invasivos.

Procedimiento invasivo	Técnica de Aplicación	Conservación	Desinfección o Asepsia	Tiempo de Permanencia/ Cambio
Sonda nasogástrica	<ul style="list-style-type: none"> * Lavado de Manos previo * Técnica Aséptica * Mantener Cerrada vía de entrada 	<ul style="list-style-type: none"> * Libre de adherencia y /o Grumos. • Lavar posterior al paso de alimentos. • Descartar en Bolsa Roja. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar con agua estéril diariamente. • Uso exclusivo por paciente.. 	72 Horas
Tubo Orotraqueal *	<ul style="list-style-type: none"> • Lavado de Manos previo * Técnica Estéril 	<ul style="list-style-type: none"> • Aspirar Grumos o secreciones • Descartar en Bolsa Roja. 	<ul style="list-style-type: none"> • Limpieza con SSN • Cambio de sujetadores 	15 Días
Sonda Trans Uretral	<ul style="list-style-type: none"> *Lavado de Manos previo * Estéril * Técnica cerrada 	<ul style="list-style-type: none"> * Mantener facilitando el drenaje por gravedad. * Evitar el reflujo. * No contacto con el suelo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aseo vulvar • Limpieza de Catéter con jabón yodado y agua estéril. • Uso exclusivo por paciente.. 	8 Días
Catéter Intravascular de Nivel Central	<ul style="list-style-type: none"> * Lavado de manos Previo * Técnica Estéril 	<ul style="list-style-type: none"> • Apósito oclusivo • Zona adyacente y apósitos limpios. • Descartar en Deposito rígido para Cortopunzantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Asepsia de zona de punción cada 48-72 horas. • Uso exclusivo por paciente.. 	10 días
Catéter intravascular periférico	<ul style="list-style-type: none"> • Lavado Manos previo • Colocación de Guantes Limpios • Material Estéril. • Verter soluciones a hisopos o algodón para su aplicación sobre la superficie de la piel , evite el contacto de hisopos o algodón con el cuello del frasco. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apósito oclusivo • Zona adyacente y apósitos limpios • Descartar en Deposito rígido para Cortopunzantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Previo a la punción realizar asepsia con Jabón Yodado, remoción con agua estéril, secado y aplicación de alcohol al 70 %. • Limpieza del Centro a la periferia (Mov. Ecocéntricos) 	72 Horas
Descartable para suero	<ul style="list-style-type: none"> • Lavado de Manos Previo. • Estéril • Desinfección de goma del frasco de la Infusión con alcohol 70% antes de Introducir el descartable a su interior. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener Sistema cerrado. • Evitar el uso de agujas en el frasco de la solución. • Descartar en Deposito rígido para Cortopunzantes. 	* Uso exclusivo por paciente..	24 Horas

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Anthony, Catherine Parker y Norma Jane Kolthoff. Anatomía y Fisiología. 9ª Edición, Editorial Interamericana, México, 1975.
- 2- Arlene Burroughs, Med, RN. Enfermería Materno Infantil. 7ª Edición, Editorial Interamericana McGraw-Hill, México Pág. 288 al 210.
- 3- Brunner Sudhart. Manual de la Enfermera. 4ª Edición, Volumen 5, Editorial McGraw-Hill, México, 1991, Pág. 187 a 196.
- 4- Castillo Matute Betzabe, Rivas Busto Laura Inés. Manual de Técnicas y Procedimientos de Enfermería. Tomo I y II. 2ª Edición, Organización Mundial Para la Salud,. Organización Panamericana de la Salud, Nicaragua, Nicaragua 1992, Págs. 88 a 102.
- 5- Dickason Silverman Kaplan. Enfermería Materno Infantil. Harcourt Brace, 3ª Edición. Editorial Dioki Servicios Integrales de Edición. Madrid, Págs. 326 a 329.
- 6- Edna Carnelia, Berry, Mary Louise Khn. Técnicas de Quirófano. 4ª Edición. Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V. México año 1978.
- 7- Martínez, Esneda, C. Julia Lerma G. Valoración del Estado de Salud. Atención Primaria de Salud 1ª Edición. Organización Panamericana de la Salud 1990, pág. 296 y 297.
- 8- Elizondo M., Luz Leticia y Angel Cid García. Principios Básicos de Salud. Editorial Lizuma. Noriega Editores. México, 1999.
- 9- Fuller, Joana Ruth. Instrumentos Quirúrgica. 3ª Edición Editorial Médica Panamericana, España, 1997.
- 10- Hill, Marcia. Trastornos Cutáneos. Serie Mosby de Enfermería Clínica, Publicación de Mosby/Doyma Libros. Madrid, España 1996.
- 11- Guillermo Michel. Aprender a Aprender. Guía de Autoeducación, 13ª. Edición México Trillas, 1996 pág. 48 a 56.
- 12- Koziar, Barbara. Técnicas de Enfermería Clínica. McGraw-Hill, Interamericana Volumen 1, 4ª Edición, 1990, España.
- 13- Jacob, Stanley W; Francone, Clarice A. Y Lossow Walter J. Anatomía y Fisiología Humana. 4ª Edición. Nueva Editorial Interamericana S.A. de C.V., México, 1982.
- 14- Patricia Gauntlett y Judith L. Myers. Enfermería Principios y Practica. Tomo II. Editorial Médica Panamericana, Madrid' 1993.
- 15- OPS. OMS. Manual de Vacunas de Pediatría. Edición Latinoamericana, pág. 29 a 41.
- 16- Photer Patricia Perry Anne Griffin. Fundamentos de Enfermería. Teoría y Practica, 3ª Edición, Editorial Harcour Brace, España 1998, pág. 709 a 812.
- 17- Photer Perry. Guía Clínica de Enfermería. Valoración de la Salud. 3ª Edición Editorial Interamericana, pag. 28 a 40.
- 18- Phillip Amereraly. Lo Esencial en Anatomía. 1ª Edición en Español Editorial Harcour Brace, España S.A.; pág. 86*87.
- 19- Wordely, Eloise. Enfermería Clínica y Farmacología. 3ª Edición, Editorial Interamericana, pág. 77 a 89.
- 20- Masson, S.A. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. 13ª Edición, Barcelona, 1992.
- 21- Manual Técnico de Salud Reproductiva. Ministerio de Salud Pública y Asistencia de Social. Pág. 453 a 460.
- 22- Miller, Benjamin F Y Keane Brackman. Diccionario Enciclopédico de Enfermería. 5ª Edición, Editorial Interamericana, 1996.

- 23– Roper, Nancy. Diccionario de Enfermería. 16ª. Edición, Editorial Interamericana, Editorial McGraw Hill, México, 1991.
- 24– Rosales Barrera, Susana y Eva Reyes Gómez. Fundamentos de Enfermería. Editorial Manual Moderno S.A. de C.V., México D.F., 1991.
- 25– Sánchez Moreno, Antonio. Enfermería Comunitaria 2 Epidemiología y Enfermería. Edición Valrealty. Editorial McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.U. 2000.
- 26– Sánchez Moreno, Antonio. Enfermería Comunitaria 3. 1ª Edición, Editorial McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.U. 2000, pág. 141.
- 27– Thibodeau Gary A. Y Kevin T. Patton. Enfermería Mosby, Anatomía y Fisiología. 4ª Edición, Editorial Harcourt S.A., España, 1999.
- 28– Tecnología Educativa. 1ª Edición. Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social.
- 29– Teple, gean Smith. Guía de Procedimientos de Enfermería. 2ª Edición, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1995.
- 30– Thibodeau Gary A. y otro. Enfermería Mosby 2000, Anatomía y Fisiología Volumen I. Editorial Harcourt Brace. Madrid, España, 1999.
- 31– Tortora, Gerard G. y Otros. Anatomía Básica del Cuerpo Humano. Editorial Karla, México D.F., 1995, pág. 210 a 212.