



TECNOECUATORIANO
INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO



LIBRO DE TEXTO: PROCEDIMIENTOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA



**ANA TERESA
BERRÍOS RIVAS**

**ISABEL CRISTINA
MELÉNDEZ MOGOLLÓN**

Quito – Ecuador
Septiembre 2024

Libro de texto: Procedimientos básicos de enfermería

Ana Teresa Berrios Rivas
Instituto Superior Tecnológico Tecnoecuatoriano
aberrios@istte.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0002-0101-176X>

Isabel Cristina Meléndez Mogollón
Instituto Superior Tecnológico Tecnoecuatoriano
imelendez@istte.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0002-9030-8935>

Este libro ha sido sometido a revisión de doble par académico:

Dra. Selene Ayala Pilco, Mgs.
Instituto Superior Tecnológico Vicente León
SENESCYT

Dra. Tanya Velásquez Cajas
Distrito 05D06 Salcedo
Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Corrección de estilo: Ángel Velásquez Cajas
Diseño y diagramación: Juan Carlos Tapia
Calama

Tercera Edición
Instituto Superior Tecnológico Tecnoecuatoriano
Rimana Editorial
Quito – Ecuador
Septiembre 2024

ISBN: 978-9942-676-94-8

Segunda Edición
Manual de Técnicas y Procedimientos para
Enfermería Básica - II Versión
Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado
Barquisimeto – Venezuela
2006

ISBN: 978-980-320-098-5



Agradecimientos

Queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a Dios por darnos la fuerza y la sabiduría para completar este folleto académico. Un agradecimiento especial a nuestros familiares, que han estado a nuestro lado en cada paso de este viaje académico. Su amor, comprensión y apoyo incondicional me han permitido alcanzar esta meta.

Finalmente, queremos agradecer al Departamento de Investigación del Instituto Superior Tecnológico Tecnoecuatoriano y a todas las personas que, de una u otra manera, han contribuido a la culminación de este proyecto. Su colaboración y generosidad han sido fundamentales para la realización de este trabajo.

A todos, muchas gracias.

Los autores.



Biografía de los autores

■ Ana Teresa Berrios Rivas

Enfermera venezolana, cuenta con una destacada trayectoria académica y profesional. Es licenciada en Enfermería por la Universidad de los Andes, especialista en Medicina Crítica Pediátrica, magíster en Ciencias de la Salud y doctora en Tecnología Instruccional. Ha trabajado como enfermera en cuidados críticos, profesora universitaria y gestora educativa, desempeñándose en roles clave como directora de sistemas de educación a distancia, coordinadora de programas académicos y líder en proyectos de currículo. Con una sólida experiencia en investigación, ha publicado libros y artículos sobre educación, tecnología e innovación. Actualmente, dirige el área de investigación en el Instituto Superior Tecnológico Tecnoecuadoriano y es docente en metodología de la investigación.

■ Isabel Cristina Meléndez Mogollón

Licenciada en Enfermería, diplomada en cuidado perioperatorio, docencia universitaria y docencia virtual. Máster en gestión de la seguridad clínica y calidad de atención al paciente. Consta de una amplia experiencia de más de 15 años en docencia e investigación. Además, se ha especializado en el campo de la edición científica. Fue directora de investigación del Instituto Superior Universitario Libertad y editora general de la revista Conecta Libertad. Su participación fue crucial para la conformación de la Red de la Comunidad Latinoamericana de Investigación, Innovación y Emprendimiento Educativo CLIIEE. Actualmente, es docente del Instituto Superior Tecnológico Tecnoecuadoriano y parte del equipo de investigación.



ÍNDICE



ÍNDICE DE CONTENIDOS

Prólogo	14
---------	----

15 CAPÍTULO I

Proceso de Enfermería (PE).

Introducción.	16
Origen del Proceso de Enfermería (PE).	18
Proceso de Enfermería (PE) y su interrelación con las taxonomías NANDA NOC NIC.	18
Etapas del Proceso de Enfermería (PE).	18
Valoración.	18
Diagnóstico de enfermería.	20
Planificación de los cuidados.	21
Ejecución de las actividades.	21
Fase de evaluación.	22

23 CAPÍTULO II

Valoración del estado de salud.

Examen físico.	24
Equipo.	24
Procedimiento.	25
Cuidados de enfermería durante el examen físico.	27
Técnicas de examen físico.	27
Constantes vitales.	30
Temperatura.	31
Frecuencia respiratoria.	32
Medición de la presión arterial.	34
Medición del pulso.	37
Medición del peso y talla.	39
Posiciones terapéuticas.	41
Posición dorsal (supino).	42

Posición decúbito ventral (prono).	43
Posición decúbito lateral izquierdo.	44
Posición de Sims.	46
Posición de Fowler.	47
Posición genupectoral.	48
Posición litotómica o ginecológica.	50
Ingreso/admisión de pacientes.	51
Egreso de pacientes.	53
Evolución de enfermería.	55

59

CAPÍTULO III

Ambiente terapéutico.

Aseo de la unidad.	60
Cama cerrada – cama abierta.	63
Cama ocupada.	66
Cama post-anestésica.	69

71

CAPÍTULO IV

Medidas de seguridad.

Lavado de manos.	72
Colocación de guantes.	73
Manejo de material estéril.	75
Cura de heridas.	77
Colocación de vendajes.	80

83

CAPÍTULO V

Medidas de higiene y confort.

Higiene bucal.	84
Champú en cama.	86
Cura de pediculosis.	88
Baño en cama.	89
Aseo perineal.	93
Masajes.	96

98

CAPÍTULO VI

Técnicas de transporte.

Traslado de pacientes.	99
Traslado de la cama a la camilla.	99
Traslado de la cama a la silla de ruedas.	100

102

CAPÍTULO VII

Asistencia respiratoria.

Ejercicios respiratorios.	103
Respiración diafragmática o abdominal.	103
Tos asistida.	104
Drenaje postural.	105
Aspiración de secreciones.	107
Cuidados a pacientes con traqueotomía.	110
Oxigenoterapia.	112

115

CAPÍTULO VIII

Asistencia digestiva y renal.

Cateterismo nasogástrico.	116
Gavaje.	119
Colocación de enemas.	121
Medición de la ingesta y eliminación de líquidos.	123
Determinación de la diuresis horaria y del gasto urinario.	126
Cateterismo vesical.	126



130

CAPÍTULO IX

Recolección de muestras.

Recolección muestra de orina.	131
Recolección de muestra de heces.	133

135

CAPÍTULO X

Terapia farmacológica.

Administración de medicamentos vía enteral.	136
Administración de medicamentos vía oral.	137
Administración de medicamentos vía parenteral.	138
Administración de medicamentos vía intradérmica.	139
Administración de medicamentos vía subcutánea.	141
Administración de medicamentos vía intramuscular.	144
Cateterismo venoso periférico.	147
Administración de medicamentos vía intravenosa.	150
Venoclisis.	153

156

CAPÍTULO XI

Cuidados post-mortem.

Cuidados post-mortem.	157
Referencias.	159
Bibliografía consultada.	160



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1

Diagrama del Proceso de Enfermería (PE) y su interrelación con las taxonomías. 17

Figura 2

Inspección a un paciente. 28

Figura 3

Auscultación de ruidos respiratorios. 28

Figura 4

Percusión abdominal. 29

Figura 5

Palpación abdominal a una paciente embarazada. 30

Figura 6

Zonas de medición de temperatura. 32

Figura 7

Proceso mecánico de la respiración. 34

Figura 8

Técnica de medición de la presión arterial. 36

Figura 9

Sitios más frecuentes para valorar el pulso. 38

Figura 10

Medición de talla y peso en una niña. 41

Figura 11

Paciente en posición dorsal supino. 43

Figura 12

Paciente en posición decúbito ventral prono. 44



Figura 13

Posición decúbito lateral izquierdo. 45

Figura 14

Paciente en posición de Sims. 47

Figura 15

Paciente en posición Fowler. 48

Figura 16

Paciente en posición genupectoral. 49

Figura 17

Paciente en posición litotómica o ginecológica. 51

Figura 18

Ingreso de una paciente a la unidad de hospitalización. 53

Figura 19

Paciente en proceso de egreso de la unidad hospitalaria. 55

Figura 20

Enfermera registrando la evolución del paciente en la historia clínica. 58

Figura 21

Unidad clínica del área de hospitalización. 62

Figura 22

Arreglo de cama. 65

Figura 23

Cama ocupada. 68

Figura 24

Cama post-anestésica. 70

Figura 25

Personal de enfermería realizando el lavado de manos clínico. 73

Figura 26

Pasos para la colocación de guantes con una técnica abierta. 75

Figura 27

Técnica de manejo de material estéril. 77

Figura 28

Colocación de apósito en una herida abdominal postoperatoria. 79



Figura 29

Técnica de vendaje en ocho. 80

Figura 30

Aseo bucal al paciente. 85

Figura 31

Técnica de champú en cama. 87

Figura 32

Campana para eliminar la pediculosis. 89

Figura 33

Enfermera realizando el baño en cama a un paciente. 93

Figura 34

Bandeja con equipo para el aseo perineal. 95

Figura 35

Masaje en zona dorsal de la espalda. 97

Figura 36

Personal realizando el traslado de un paciente de la camilla a la cama. 100

Figura 37

Traslado del paciente de la cama a la silla de ruedas. 101

Figura 38

Posiciones durante el drenaje postural. 107

Figura 39

Aspiración de secreciones. 109

Figura 40

Traqueotomía. 112

Figura 41

Paciente recibiendo oxigenoterapia. 114

Figura 42

Sondaje nasogástrico. 118

Figura 43

Alimentación por gavage. 120

Figura 44

Colocación de enemas. 123

Figura 45

Balance de líquidos. 125

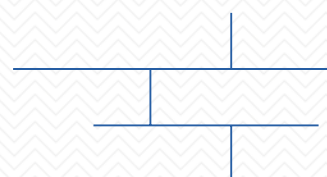


Figura 46

Cateterismo vesical. 129

Figura 47

Recolección de muestras de orina. 132

Figura 48

Materiales para la recolección de muestra de heces. 134

Figura 49

Revisión de la prescripción del medicamento. 137

Figura 50

Administración de medicamentos vía oral. 138

Figura 51

Técnica de administración de medicamentos vía intradérmica. 141

Figura 52

Técnica de administración vía subcutánea. 143

Figura 53

Diez correctos en la administración de medicamentos. 144

Figura 54

Administración vía intramuscular. 146

Figura 55

Tamaños de catéter intravenosos. 148

Figura 56

Técnica de inserción de catéter periférico. 150

Figura 57

Técnica de administración de medicamentos intravenosa. 152

Figura 58

Administración de medicamentos a través de un sistema de infusión. 155



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1

Tipos de vendajes. 82

Tabla 2

Promedio de pérdidas de líquidos diarios para un adulto. 125

Prólogo

La elaboración del presente libro tiene como objetivo proporcionar bibliografía adaptada a la realidad latinoamericana, en relación con la práctica de la enfermería, enfocándose de manera particular en la ejecución de los procedimientos. No obstante, es fundamental entender que la descripción de un procedimiento no puede concebirse, en ningún caso, como algo rígido e inalterable, sino que se trata de una guía destinada a la práctica de la enfermería, sujeta a los cambios necesarios conforme a los avances científicos, técnicos y tecnológicos.

La disponibilidad de un texto que aborde los procedimientos básicos de enfermería se justifica por las siguientes razones: a) unifica criterios, b) optimiza el aprovechamiento de los recursos, c) contribuye a la investigación y d) constituye la base para la seguridad del paciente, facilitando así el aprendizaje de los procedimientos que los estudiantes llevarán a cabo en su futuro desempeño profesional. Los contenidos de los procedimientos que se presentan en este texto se fundamentan en evidencia científica, proveniente de la práctica de la enfermería, lo que garantiza su aplicabilidad en las instituciones de salud de la región o en cualquier otra a nivel nacional. Es indudable que su uso debe establecer pautas de obligado cumplimiento para todos los profesionales de enfermería que laboran en el Instituto Superior Tecnoecuatoriano, así como fomentar un compromiso con el análisis crítico, mediante el pensamiento científico en enfermería. Así, también se busca asegurar una revisión constante y actualización y que, sin esta dinámica, carecería de sentido alguno.

Finalmente, este documento se considera una herramienta inicial e imprescindible para la formulación de una metodología de trabajo basada en cuidados integrales. Esto facilita la elaboración de la cartera de servicios de enfermería y la mejora continua de las intervenciones a llevar a cabo en nuestra profesión.

CAPÍTULO I

Proceso de Enfermería (PE)



Introducción

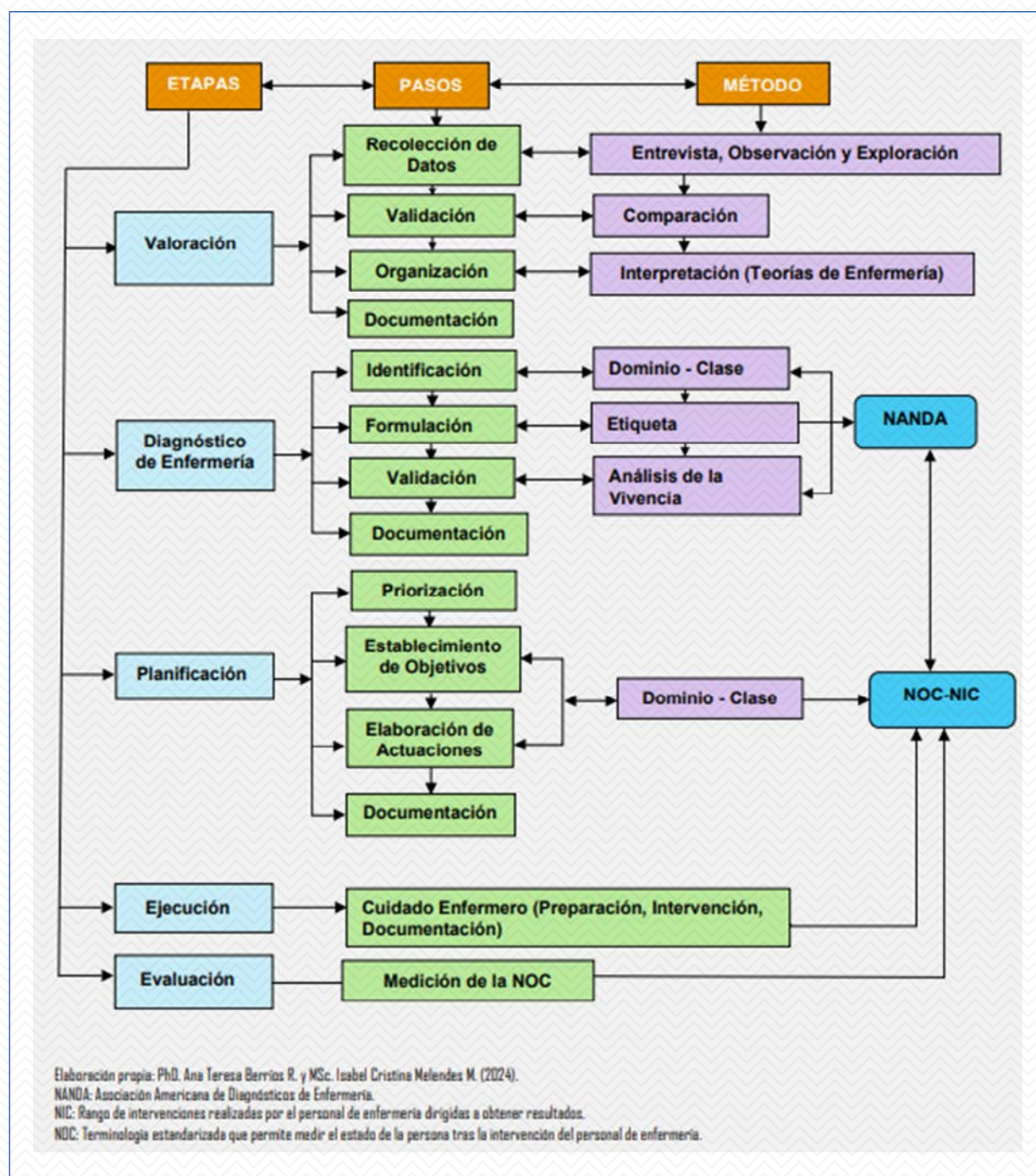
La disciplina de enfermería, al igual que numerosas ocupaciones profesionales, exhibe una imperante y continua necesidad de ajuste y modificación ante las variaciones dinámicas que se presentan cotidianamente, con el objetivo de proporcionar cuidados que sean coherentes y pertinentes a las nuevas y emergentes circunstancias relacionadas con la salud. En este contexto, se instrumentaliza el Proceso de Enfermería (PE), un marco metodológico que fundamenta el ejercicio profesional sobre una base teórica sólida. Este proceso actúa como una guía estructural que facilita la organización de pensamientos, observaciones e interpretaciones clínicas y establece las bases metodológicas para la investigación científica. Además, el PE juega un papel crucial en la promoción, prevención, mantenimiento y restauración del estado de salud del individuo, la familia y la comunidad en su conjunto (Andrade-Pizarro, Viris-Orbe, & Noboa-Mora, 2023). En consecuencia, exige del profesional capacidades cognoscitivas, técnicas y personales, para cubrir las necesidades afectadas y sintetizar conocimientos teóricos y prácticos.

En la actualidad se desarrollan estrategias de mejoras en los cuidados, para establecer modelos de prácticas de enfermería que garanticen la continuidad del cuidado y la seguridad de los pacientes. Por tanto, a la hora de aplicar el proceso de enfermería debe realizarse utilizando los diversos modelos de enfermería existentes, dado que estos permiten que el personal de enfermería comparta un lenguaje común y concepciones similares respecto a los paradigmas enfermeros, persona, salud, entorno y cuidados que caracterizan el rol profesional (Raile, 2022; Pinargote et al., 2018).

Conjuntamente con las consideraciones anteriores, se reafirma la necesidad de integrar las Taxonomías NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*), NOC (*Nursing Outcomes Classification*) y NIC (*Nursing Interventions Classification*). El desarrollo de estas taxonomías proporciona fundamentos y beneficios científico-prácticos, que permiten promover la investigación y el desarrollo teórico, determinar la adecuación profesional y desarrollar documentación informatizada de los cuidados de las personas.

Figura 1

Diagrama del Proceso de Enfermería (PE) y su interrelación con las taxonomías.



Nota. NANDA: Asociación Americana de Diagnósticos de Enfermería. NIC: Rango de intervenciones realizadas por el personal de enfermería dirigidas a obtener resultados. NOC: Terminología estandarizada que permite medir el estado de la persona tras la intervención del personal de enfermería. *Fuente:* autoría propia.

■ Origen del Proceso de Enfermería (PE)

Según Alfaro (2014), este término aparece en los escritos de enfermería a mediados de 1955, cuando Lidia Hall describe a la enfermería como un proceso. Sin embargo, su descripción tardó varios años en tener aceptación como parte del cuidado integral de enfermería. Posteriormente en 1967, Yura y Walsh crearon un primer texto que describía un proceso con cuatro fases: valoración, planeación, ejecución y evaluación.

Posteriormente, fue Blodi en 1974 y Roy en 1975 quienes añadieron la etapa de diagnóstico, dando lugar a un proceso de cinco fases (Raile, 2022). La lucha de las enfermeras por definir el campo de la profesión y con el objetivo de obtener un status profesional enfocó sus investigaciones hacia el desarrollo del diagnóstico de enfermería. De esta forma, la *American Nursing Association* (ANA) apoyó e impulsó el diagnóstico de enfermería, puesto que el campo de acción iba aumentando en la promoción de la salud. Por ello, se destacaba la necesidad de obtener una comunicación más apropiada entre los profesionales de enfermería y así asegurar un cuidado integral como meta de este proceso (Alfaro, 2014).

■ Proceso de Enfermería (PE) y su interrelación con las taxonomías NANDA NOC NIC

Los cuidados de enfermería ante situaciones de salud son la expresión y el cumplimiento de un servicio indispensable en determinadas circunstancias de la vida. Para Alfaro (2014), el Proceso de Enfermería es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de cada persona o grupo de personas, ante una alteración real o potencial de salud. Es decir, se trata de un conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico, con el fin de asegurar el cuidado que la persona, familia o comunidad necesita.

Asimismo, el PE es considerado como un sistema de cuidados de enfermería compuesto de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. De acuerdo con Consejo Internacional de Enfermeras (2020), el uso del PE define el alcance de la práctica de enfermería e identifica las directrices de la asistencia de enfermería. El uso del PE, en la práctica, tiene consecuencias para la profesión de enfermería, para el paciente y para cada profesional de enfermería en particular. Aunque las etapas del proceso enfermero se presentan de manera lineal, no lo son en realidad. Cada paso se superpone con el previo y los subsecuentes.

■ Etapas del Proceso de Enfermería (PE)

■ Valoración

La valoración constituye la fase preliminar del Proceso de Enfermería (PE). Esta se define como la recolección y análisis sistemático de datos cuantitativos y cualitativos relacionados con el estado de salud del paciente. Este procedimiento implica la utilización de múltiples fuentes de información, clasificadas en primarias (como la autorreferencia del paciente) y secundarias (incluyendo informes de familiares o datos extraídos de registros médicos). Para lograr una valoración holística, el personal de enfermería recurre a herramientas metodológicas como la entrevista estructurada, la observación sistemática y la exploración física detallada.

El propósito de esta etapa es la identificación y documentación de hechos, fenómenos y circunstancias que faciliten la comprensión de la condición de salud de individuos, familias o comunidades. A partir de los datos recopilados, el personal de enfermería está capacitado para anticipar, planificar e implementar intervenciones adecuadas que se alineen con las necesidades reales del paciente, asegurando una atención centrada en la persona. Este proceso es crítico para garantizar que las intervenciones sean oportunas y eficaces, lo que retribuye en la mejora de los resultados clínicos del atendido (Correa, Verde, & Rivas, 2016).

Para llevar a cabo la valoración es conveniente seguir un orden en la valoración, de forma que el personal de enfermería en el quehacer diario adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato. Esto permite obtener la máxima información en el tiempo disponible. Seguidamente, es pertinente validar la información reunida para saber si es verdadera (basada en hechos). En consecuencia, hay que asegurarse que los datos reportados expresen lo que el paciente dijo. En comunicación existen técnicas de reformulación, que ayudan a comprender más asertivamente los mensajes del paciente, evitando las suposiciones (Alfaro-Lefevre, 2017).

En este contexto, se consideran significativos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, por ejemplo, peso, talla, u otras. En principio, los datos observados y que no son medibles se someten a validación, enfrentándose con otros datos o buscando nueva información que apoye o se contrapongan a los primeros. Igualmente, es preciso organizar los datos recopilados. En este caso, se trata de agrupar la información, de forma tal, que permita la interpretación de esta y por ende la identificación de problemas. El modo ideal de organizar datos es a través del uso de las teorías y modelos de enfermería. Estos aportan criterios acerca del entorno, la salud, la persona y los cuidados que deben dispensarse. Se recomienda elegir la que más se adapte al modelo desarrollado en cada centro de salud.

Para complementar esta fase es necesaria la documentación y registro de los datos recopilados en la valoración, dado que esta constituye el sistema de comunicación habitual entre los profesionales del equipo de salud. Además, todos estos registros facilitan la evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad. Esta fase es una prueba de carácter legal que contribuye a la investigación en enfermería, así como en la formación de los estudiantes de pregrado y postgrado.

Según Iyer, Taptich y Bernocchi (1997), la correcta anotación de registros debe incluir los siguientes aspectos:

- a) Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, u opiniones personales. También hay que anotar (entre comillas) la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo de salud.
- b) Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- c) Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como “normal, regular”, entre otros.
- d) Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa en forma, tamaño, entre otros.
- e) La anotación debe ser clara y concisa.
- f) Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble.
- g) En caso de errores se debe trazar una línea sobre los errores.
- h) Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán sólo las

abreviaturas de uso común.

Ante lo expuesto, es importante destacar que el profesional de enfermería debe contar con las habilidades necesarias que les permita comunicarse y comunicar la información recabada durante esta fase de valoración (Ramírez et al., 2024). Razón por la cual, la comunicación como proceso multidimensional y complejo no puede entenderse como la mera transferencia de información entre dos individuos, sino como un proceso continuo, dinámico y que debe dejar claro lo que se quiere transmitir, además, qué se quiere del receptor (López, Licer, & Romanos, 2022).

■ *Diagnóstico de enfermería*

Este corresponde a la segunda fase del proceso enfermero. Según Carpenito (2013), el diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre las respuestas de las personas, familias y comunidades a problemas de salud y procesos vitales reales o potenciales. Estas tesis proporcionan la base para seleccionar las intervenciones y conseguir los objetivos que son responsabilidad del profesional para la redacción de los diagnósticos enfermeros.

De acuerdo con la NANDA (2021), entre los tipos de diagnósticos se tienen: los reales, de riesgo y de salud o bienestar. El diagnóstico real incluye el estado que es validado por la presencia de signos y síntomas o manifestaciones (características definitorias); el diagnóstico de riesgo es aquel estado en el que existen factores de riesgo que pueden ocasionar un problema. Finalmente, el diagnóstico de salud es el estado en el que existe un buen nivel de salud y no se requiere de la intervención acuciosa del personal de enfermería para mantener el nivel de salud que se tiene o promover un mejor nivel (Takáo, Herdman, & Kamitsuru, 2021).

Es importante destacar que, para llevar a cabo esta etapa, se requiere cumplir con las siguientes fases: identificación de problemas, formulación del diagnóstico, validación y documentación. En lo concerniente a la identificación del problema, es preciso realizar el procesamiento de datos e interpretarlos. Para ello, se valoran los “criterios” que indican que están fuera de las normas de salud, para determinar cuáles son los problemas de salud, reales o potenciales. Consecuentemente, se debe realizar una “conclusión razonada” sobre las respuestas del paciente, utilizando la propuesta acordada por la NANDA que incluye una clasificación en dominios y clases, que otorgan una estructura organizada para agrupar los diferentes diagnósticos enfermeros debidamente codificados. Seguidamente, se formula el diagnóstico enfermero. Este ha de ser conciso, específico y redactado con una terminología común a los profesionales de enfermería. Los enunciados de los diagnósticos de enfermería son frases que describen el estado de salud de un individuo o grupo y los factores que han contribuido a dicho estado. Para ello, se recomienda utilizar la codificación propuesta por la NANDA para cada etiqueta diagnóstica formulada. Es importante destacar que la estructura de los enunciados va a depender del tipo de diagnóstico formulado. Por ejemplo, si es un diagnóstico real consta de tres partes, el de riesgo de dos partes y el de salud de una parte.

En lo que respecta a la validación de los diagnósticos, el profesional de enfermería debe confirmar la exactitud de la interpretación de los datos. A través del análisis de la vivencia del cuidado, se valida el diagnóstico formulado con el paciente o con sus seres queridos, con otros profesionales o con fuentes de referencia.

Como paso final de esta etapa, se tiene la documentación. Por tanto, después de desarrollar y confirmar el diagnóstico enfermero, el profesional de enfermería lo documentará en el formato correspondiente.

■ *Planificación de los cuidados*

Esta etapa incluye todas las estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud (Alfaro, 2014). Para llevar a cabo esta etapa, se deben cumplir con los siguientes pasos: **a) establecer prioridades en los cuidados, ordenando jerárquicamente los problemas detectados en función de las respuestas humanas, necesidades y deseos del paciente.** Por lo tanto, se dará preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad consensuadamente con la enfermera/o.

Según Takáo, Herdman, y Kamitsuru (2021), la jerarquía de las necesidades básicas propuestas por Maslow (1975) - Kalish (1983), puede orientar hacia la necesidad principal y **b) fijar resultados esperados u objetivos.** Estos últimos representan lo que el paciente debe lograr ante la intervención del profesional de enfermería. Para su selección, se sugiere utilizar la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (*Nursing Outcomes Classification*), establecidos por la NANDA 2021-2023. Cada resultado debe ir acompañado de la escala de medición a utilizar, que puede ser una escala tipo Likert. Por ejemplo, severidad de la infección, su escala de medición es: grave 4, sustancial 3, moderado 2, leve 1, ninguno 0 (Carpenito, 2013).

Asimismo, se tiene la **c) elaboración de las actuaciones de enfermería.** Estas incluyen todas aquellas intervenciones basadas en el criterio y el conocimiento clínico que realiza un profesional de enfermería para mejorar los resultados que espera la persona, familia o comunidad. La selección de las intervenciones se realizará con base en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería, NIC (*Nursing Interventions Classifications*), establecidas por la NANDA. Si se considera alguna intervención o actividad no incluida en dicha clasificación, se podrá registrar en el plan de cuidados de enfermería siempre y cuando tengan nivel de evidencia clínica.

Para finalizar, en la etapa de planificación se requiere realizar la d) documentación del plan. Este consiste en comunicar el plan por escrito a todos los miembros de enfermería, de forma organizada y en el formato establecido para tal fin. Una vez planificados los cuidados se continúa con la siguiente etapa.

■ *Ejecución de las actividades*

Esta fase inicia después de haberse documentado el plan de cuidados, que debe estar enfocado en aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los resultados u objetivos deseados. Este se hace con base en la Clasificación de Intervenciones Enfermeras NIC. La NIC (*Nursing Interventions Classifications*) muestra cómo la ejecución de cuidados se hace a través de las diferentes intervenciones de enfermería, además de ser una clasificación global y estandarizada de intervenciones enfermeras. Estas son todas aquellas actividades que los profesionales de enfermería realizan para ayudar al paciente a avanzar a un resultado deseado (Takáo, Herdman, & Kamitsuru, 2021).

El uso de una metodología adecuada está unido al desarrollo profesional y las taxonomías (NANDA, NIC y NOC). Todos estos procesos ayudan al proceso de mejora continua del paciente y facilitan el trabajo de enfermería. Del mismo modo, contribuyen a estructurar el juicio enfermero y el lenguaje propio. La estandarización de cuidados, juicios clínicos enfermeros, intervenciones y resultados reducen la variabilidad en el cuidar, reflejan el trabajo que realiza la enfermería y la calidad de este.

La etapa ejecución de las intervenciones exige la aplicación de tres fases: preparación, intervención y documentación. La preparación sirve para considerar la revisión del entorno y si se disponen de los recursos materiales y humanos necesarios para cumplir con las actividades establecidas en el plan. La intervención, donde se inician las actividades y la documentación, para comunicar a los demás miembros de enfermería y de salud el cómo y cuándo se realizaron las intervenciones.

■ *Fase de evaluación*

En este apartado se realiza una comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. En palabras de Alfaro (2014), evaluar es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. En este sentido, los dos criterios más importantes que valora la enfermería son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

Los cuidados enfermeros se evalúan, con el fin de poder establecer conclusiones, que sirvan para plantear correcciones. Las tres posibles conclusiones a las que se puede llegar son las siguientes: a) el paciente ha alcanzado el resultado esperado, b) el paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, por tanto, puede conducir a plantearse otras actividades y c) el paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso, se puede realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo. Por tanto, se sugiere emplear la escala Likert de cinco (5) puntos utilizada para el registro de los indicadores y resultados de enfermería en la taxonomía NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería).

Es evidente que el uso de una metodología adecuada está unido al desarrollo profesional. Los beneficios que aportan las taxonomías NANDA, NOC y NIC ayudan al proceso de mejora constante, facilitando el trabajo de los profesionales de la enfermería. A la vez, permiten estandarizar e individualizar los planes de cuidados que aseguran el cuidado y la comunicación entre profesionales evitando la duplicidad de cuidados (Reyes, 2015).

CAPÍTULO II

Valoración del estado de salud



■ Examen físico)

Es la valoración de los sistemas que integran el cuerpo humano de una persona mediante las técnicas de inspección, auscultación, palpación y percusión, con el fin de determinar el estado de salud y/o anomalías físicas (Martínez y Lerma,1990). Entre sus objetivos principales están:

- Obtener un conjunto básico de datos sobre las capacidades funcionales de la persona.
- Interpretar, confirmar y refutar los datos obtenidos del historial de enfermería.
- Obtener información que ayude a la enfermera/o a establecer un diagnóstico y un plan de cuidados del paciente.
- Evaluar los resultados del cuidado y el progreso de un programa de salud.

En este sentido, las normas a respetarse son las siguientes:

- El examen físico debe dirigirse de forma sistemática y cefalocaudal.
- Se debe reunir todo el equipo a utilizar durante el examen físico.
- En la realización del examen físico, siempre debe permanecer otra persona acompañando el acto.
- Todo el equipo requerido para el examen físico debe estar limpio, en buen funcionamiento y fácilmente accesible.

■ Equipo

+++++

Ambiente preparado con el siguiente instrumental:

Carro de curas conteniendo:

+++++

Báscula con estadiómetro.
 Estetoscopio.
 Esfigmomanómetro.
 Otoscopio.
 Diapasón.
 Oftalmoscopio.
 Cartel de Snellen.
 Martillo de percusión.
 Lámpara cuello de cisne o auxiliar.
 Cinta métrica.

Termómetros.
 Guantes (de trabajo y estériles).
 Algodón.
 Aplicadores.
 Lubricante.
 Recipientes o portaobjetos.
 Depresor de lengua - Espejo laríngeo.
 Bata para el paciente.
 Sábana.

+++++

■ Procedimiento

+++++	
Acciones	Principios
+++++	
1. Cerciorarse que el ambiente esté preparado con el equipo requerido para el examen físico.	- El equipo completo ahorra tiempo y energía. - Evita infecciones cruzadas.
2. Lavarse las manos.	
3. Explicar el procedimiento a la persona (lugar de examen y que ocurrirá durante éste).	- Permite la colaboración de la persona y disminuye la ansiedad.
4. Explicar el tipo de examen y responde cualquier pregunta que tenga al respecto.	
5. Indicar a la persona que orine antes del examen si es posible.	- Proporciona comodidad y favorece la relajación durante la exploración.
6. Ayudar al paciente a desvestirse, si es necesario, proporcionándole una bata.	- Evita caídas.
7. Ayudar a la persona a trepar la mesa de exploración, cama o camilla.	
8. Iniciar el examen de la cabeza a los pies (cefalocaudal).	- Proporciona seguridad y evita caídas.
9. Durante la realización del examen físico, observar muy de cerca a la persona y brindar apoyo emocional.	- Reduce la exposición y protege su privacidad.
10. Brindar ayuda al momento de realizar los cambios de posición.	
11. Mantener a la persona adecuadamente cubierta.	- Protege su intimidad.
12. Para el examen de cabeza y cuello, colocar al paciente en posición de Fowler sobre el borde de la cama y cubrir las piernas; inspeccionar y palpar cabeza y cuello, examine ojos, oídos y boca.	- Promueve la relajación de la musculatura abdominal.
13. Para el examen del tórax: indicar a la persona que continúe sentado y afloje los lazos de la bata; inspeccionar y auscultar la cara anterior y posterior	- Protege su intimidad.
+++++	

del tórax, haciéndolo en forma comparativa; palpar y percudir de forma comparativa el tórax. Una vez realizada la valoración del tórax, cierre la bata.

- Los cambios bruscos de posición producen hipotensión ortostática.

14. Para el examen del abdomen: indicar a la persona que adopte la posición decúbito supino, con los brazos relajados a los lados; cubrir con una sábana la parte inferior del cuerpo, desde el área del pubis; si se nota al paciente tenso, colocar un cojín debajo de las rodillas; inspeccionar, auscultar, palpar y percudir el abdomen.

- La comodidad contribuye al bienestar físico y recuperación del paciente.

15. Para la exploración de los genitales: indicar al paciente adoptar la posición decúbito dorsal con las piernas flexionadas; cubrir al paciente del cuello a las rodillas.

- Protege el equipo evitando su deterioro.

16. Para la exploración de miembros inferiores: indicar al paciente que extienda las piernas; inspeccionar y palpar los miembros inferiores. Una vez finalizada la revisión, ayudar al paciente a incorporarse de la camilla y permitir que recupere el equilibrio; ayudar al paciente a vestirse si es necesario.

17. Si se utiliza durante el examen cremas o gel, proporcionar toallas descartables para que se limpie los residuos de cremas.

- Evita infecciones cruzadas.

18. Dejar cómodo al paciente.

19. Dejar limpio y en orden los instrumentos utilizados en el examen físico.

- Permite el seguimiento sistemático y oportuno de los cuidados del paciente.

20. Lavarse las manos.

21. Hacer las anotaciones necesarias en el expediente clínico.

+++++

■ *Cuidados de enfermería durante el examen físico*

- Colocar a la persona en la posición más cómoda posible para ella.
- Conservar la privacidad.
- Descubrir únicamente la zona que va a ser examinada.
- Facilitar un ambiente tranquilo y lo más iluminado posible.
- Incentivar a la persona a relajarse, preguntar si desea ir al baño antes del examen.
- Mantener las estructuras pares del cuerpo de manera simétrica.
- Evitar la proyección de sombras sobre la región que se va a explorar.
- Realizar la valoración simétrica y comparativa.
- Utilizar en el examen físico las técnicas de: inspección, palpación auscultación y percusión.

■ *Técnicas de examen físico*

El examen físico es una parte fundamental en la práctica de la enfermería, ya que permite evaluar el estado de salud general del paciente y detectar signos de alteración. Este se lleva a cabo mediante la aplicación de varias técnicas que incluyen la inspección, auscultación, percusión y palpación. Dichas técnicas deben aplicarse de forma sistemática en diferentes áreas del cuerpo, facilitando un diagnóstico clínico adecuado y guiando las intervenciones necesarias para el tratamiento del paciente.

Inspección. La inspección es la observación visual sistemática del cuerpo y su comportamiento. El examinador utiliza la vista para detectar cualquier anomalía en la coloración de la piel, postura, movimientos, forma del cuerpo y presencia de lesiones u otras irregularidades. Se aplica de manera general y luego de forma localizada en áreas como la cabeza, el tórax, el abdomen y las extremidades.

En lo que respecta a cabeza y cuello, se observa la simetría facial, el estado del cuero cabelludo y los ojos. En la inspección del tórax, se evalúa la simetría en el movimiento respiratorio. Asimismo, en el abdomen se buscan distensiones o anomalías en la piel. Finalmente, en las extremidades se observa su color, tamaño y cualquier otra deformidad.

Figura 2

Inspección a un paciente.

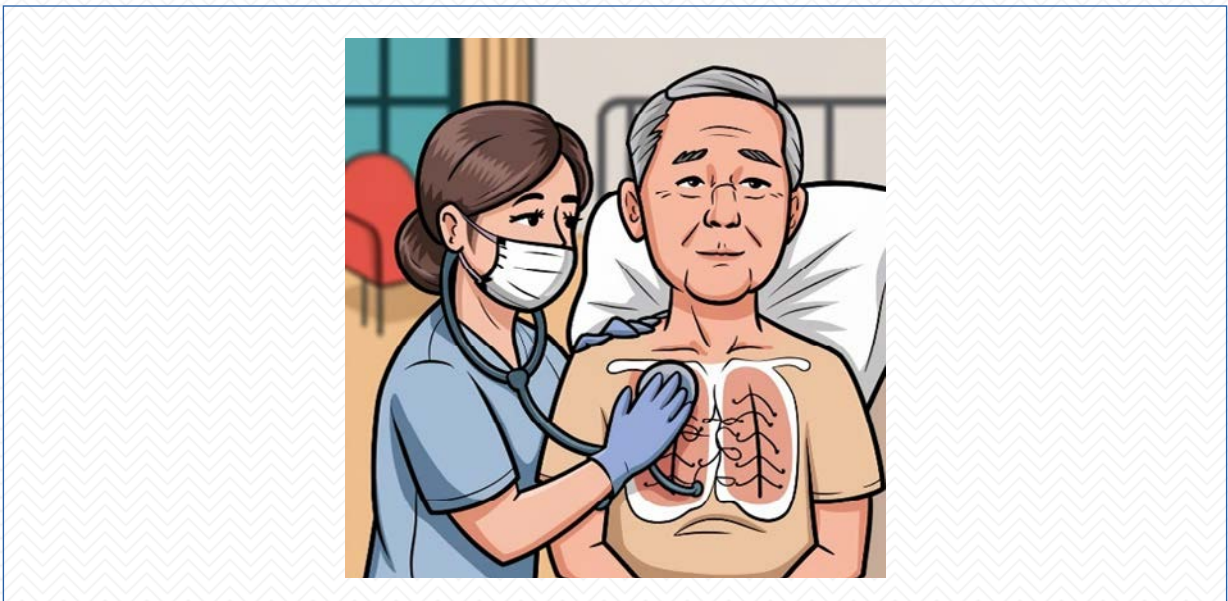


Fuente: autoría propia, generada con ayuda de IA.

Auscultación. Esta implica escuchar los sonidos producidos por los órganos internos con la ayuda de un estetoscopio, principalmente, en áreas donde el flujo de aire o líquidos es relevante. Los principales sonidos evaluados son los cardíacos, pulmonares y gastrointestinales.

Figura 3

Auscultación de ruidos respiratorios.



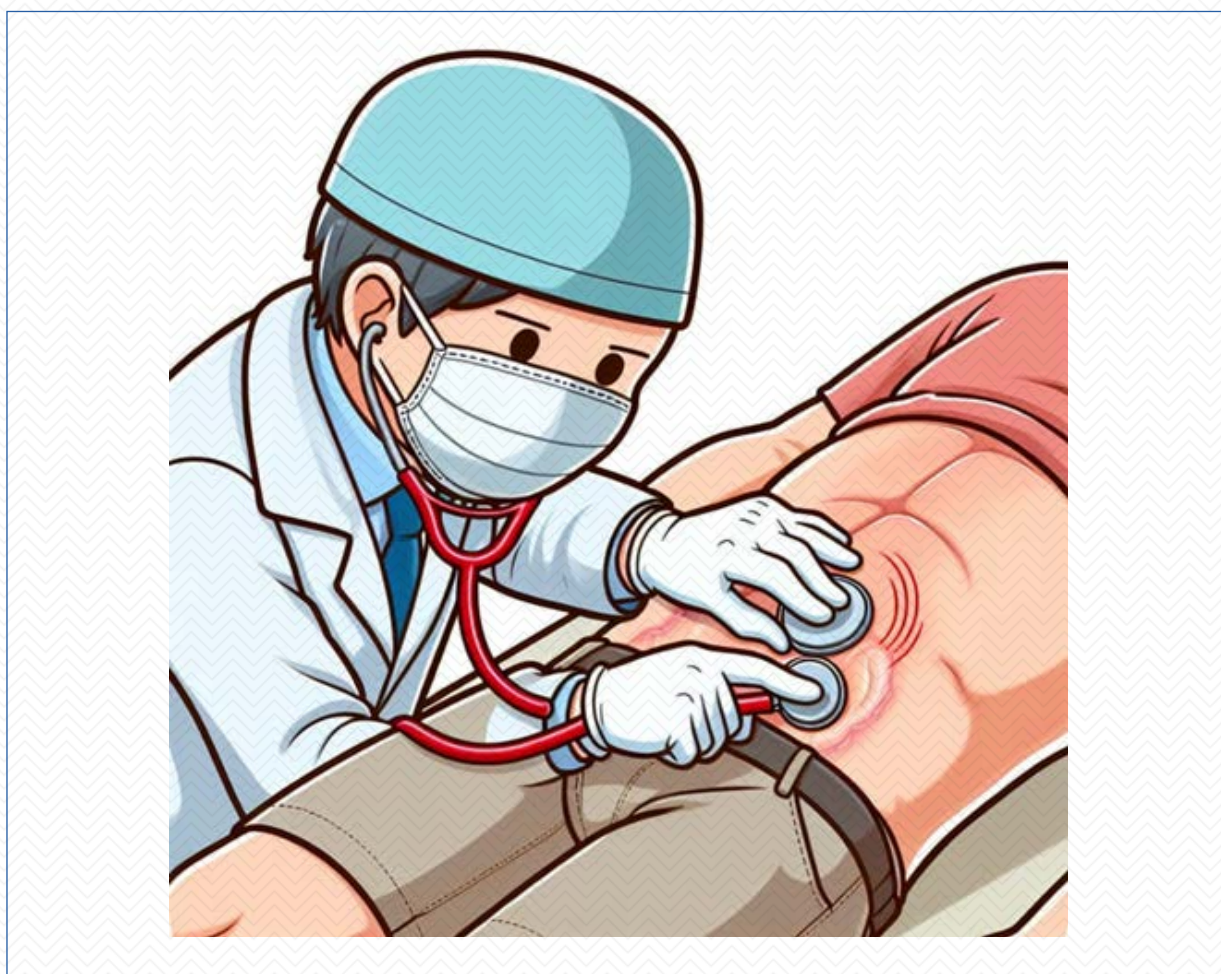
Fuente: autoría propia, generada con ayuda de IA.

En el corazón, se debe colocar el estetoscopio sobre las áreas de auscultación precordial (mitral, tricúspide, aórtica, pulmonar) para escuchar los latidos cardíacos y posibles soplos. En los pulmones, el examinador escucha sonidos respiratorios normales o anormales, como estertores o sibilancias, en la parte anterior y posterior del tórax. En el abdomen, se evalúan los ruidos intestinales en los cuatro cuadrantes abdominales, identificando hiperactividad o ausencia de sonidos.

Percusión. La percusión consiste en golpear suavemente con los dedos sobre la superficie corporal para producir sonidos que ayudan a determinar la densidad de los órganos subyacentes. Esta técnica evalúa si el tejido es sólido, lleno de aire o líquido.

Figura 4

Percusión abdominal.



Fuente: autoría propia, generada con ayuda de IA.

Mientras que en el tórax se golpea suavemente sobre los espacios intercostales para identificar sonidos resonantes (normales) o mate (patológicos, como en neumonía), en el abdomen se percute sobre los cuadrantes abdominales para diferenciar entre sonidos timpánicos (normal sobre vísceras huecas como el estómago) y mate (sobre órganos sólidos o líquidos acumulados).

Palpación. La palpación implica el uso de las manos para sentir la textura, tamaño, consistencia, temperatura y ubicación de las estructuras corporales. Esta puede ser ligera o profunda, dependiendo del área y la patología sospechada.

Figura 5

Palpación abdominal a una paciente embarazada.



Fuente: autoría propia, generada con ayuda de IA.

La palpación en la cabeza y cuello sirve para sentir el pulso carotídeo, ganglios linfáticos y glándula tiroides. En el tórax, se palpa el movimiento de expansión pulmonar y se evalúa la sensibilidad torácica. En el abdomen, se siente el contorno de los órganos abdominales como el hígado, los riñones y se busca masas o sensibilidad anormal. Finalmente, en las extremidades se palpan las articulaciones, músculos y evalúan la temperatura, posibles edemas o dolor.

Cada una de las técnicas anteriormente mencionadas complementa a las demás. Cuando se realizan correctamente, proporcionan una visión integral del estado de salud del paciente, ayudando a identificar signos tempranos de enfermedad y a planificar intervenciones adecuadas.

■ Constantes vitales

Son los indicadores basales del estado de salud del paciente. Estos pueden medirse en fases muy tempranas de la exploración física o integrarse en diferentes partes de ésta. Los signos varían de un individuo a otro, lugar y en diferentes horas del día, sin embargo, se debe tomar en consideración los límites normales establecidos como tal (Martínez y Lerma,1990).

■ Temperatura

Esta se mide con el objetivo de conocer y valorar el grado de calor o temperatura corporal del paciente. Se medirá la temperatura a los pacientes en el momento que ingresen al hospital y de acuerdo con la indicación médica, rutina establecida en el servicio y con el estado de salud del paciente. El equipo a utilizarse será:

- Termómetro oral o rectal.
- Reloj con segundero.
- Libreta.
- Lápiz.

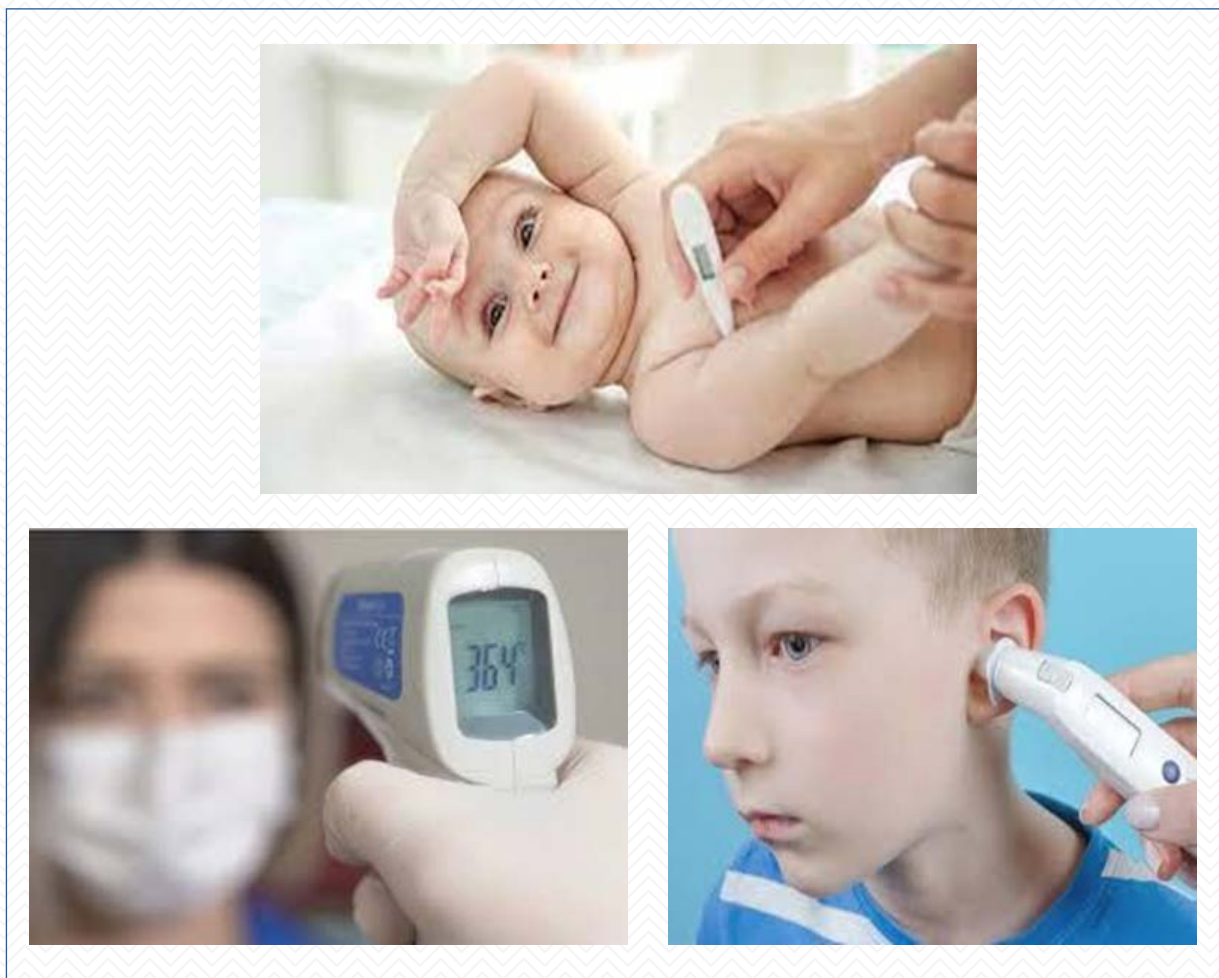
El procedimiento a seguir para la toma de temperatura, se describe a continuación:

+++++	
Acciones	Principios
+++++	
1. Lavarse las manos.	- Evita infecciones cruzadas.
2. Identificar al paciente.	
3. Explicar el procedimiento.	- Ahorra tiempo y energía.
4. Tomar el termómetro y verifique su funcionamiento.	
5. Colocar el termómetro en centro de la axila y acercar el brazo al tórax.	- Asegura una medición correcta. - Evita lecturas erróneas.
6. Dejar el termómetro por un lapso de 2 a 3 minutos.	
7. Retirar el termómetro y observe la temperatura obtenida.	
8. Realizar la desinfección mecánica del termómetro y guárdelo en su estuche.	- Evita la diseminación de microorganismos. - La comodidad contribuye al bienestar físico y recuperación del paciente.
9. Dejar al paciente cómodo y seguro.	- El agua y el jabón elimina los microorganismos.
10. Lavarse las manos.	
11. Hacer las anotaciones necesarias en la hoja de control de signos vitales.	- Permite el seguimiento sistemático y oportuno de los cuidados del paciente.
+++++	

Cuidados de enfermería durante la medición de la temperatura. No mida la temperatura con termómetros de vidrio. Esto debido a que contienen mercurio que es un metal tóxico, razón por la cual, no se utilizan en los centros de salud. En este sentido, realice la medición empleando termómetros digitales.

Figura 6

Zonas de medición de temperatura.



Fuente: adaptación propia, Berrios y Meléndez (2024). <https://bit.ly/41l6P3N>

■ *Frecuencia respiratoria*

La frecuencia respiratoria es el número de veces que una persona respira por minuto. Esta suele medirse cuando la persona está en reposo y consiste simplemente en contar el número de respiraciones durante un minuto, contando las veces que se eleva el tórax (Yoshikawa & Chaves, 2015). Su objetivo es conocer la frecuencia respiratoria del paciente y valorar el funcionamiento pulmonar. Las normas para medir la respiración a los pacientes son al momento que ingresan al hospital, en cada turno de trabajo, acuerdo con la rutina establecida en el servicio, por indicación médica y en presencia de alteraciones del estado de salud. El equipo a utilizarse será:

- Reloj con segundero.
- Lápiz.
- Libreta.

El procedimiento a seguir para la toma de frecuencia respiratoria se describe a continuación:

+++++

Acciones

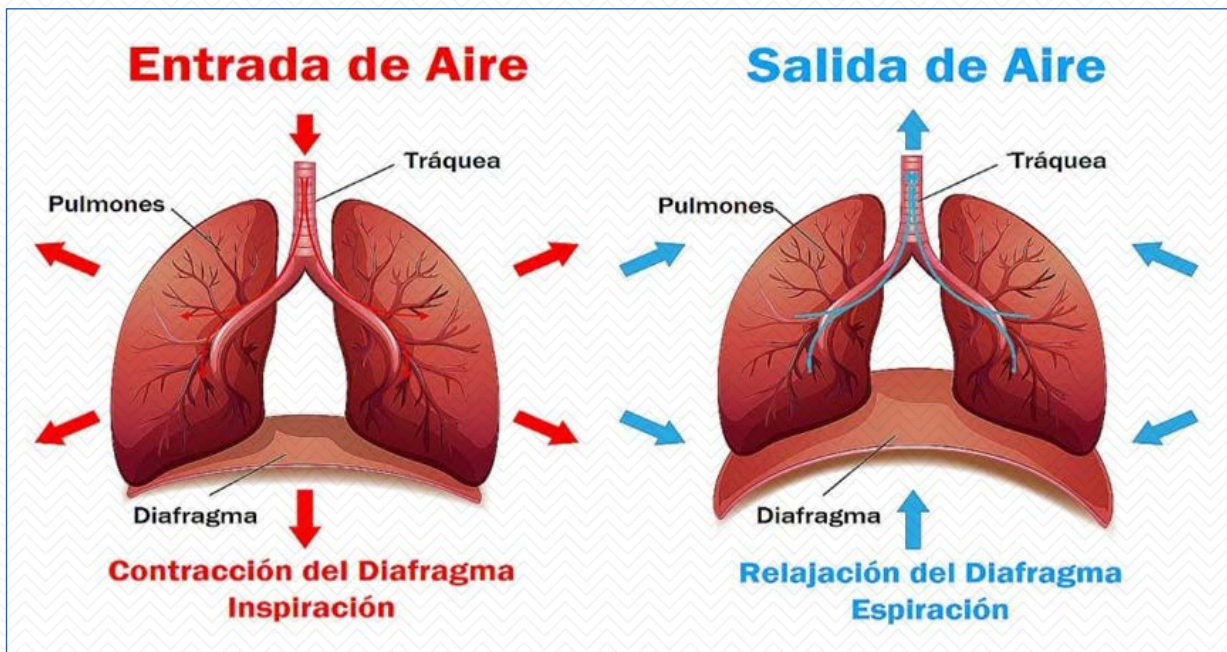
Principios

+++++

- | | |
|--|--|
| 1. Identificar al paciente. | - Promueve la comodidad y el confort. |
| 2. Colocar al paciente en posición de descanso (supina o semi-Fowler). | - El paciente no debe saber que se le mide la respiración porque podría modificarla voluntariamente. |
| 3. Simular que está midiendo el pulso. | |
| 4. Observar los movimientos ascendentes y descendentes del tórax del paciente. | |
| 5. Contar cada inspiración y espiración como una respiración por un lapso de un minuto. | |
| 6. Valorar las características de las respiraciones (tipo, frecuencia, ritmo y profundidad). | - Permite la obtención de datos sobre el estado de salud del paciente. |
| 7. Dejar cómodo al paciente. | - Evita infecciones cruzadas. |
| 8. Lavarse las manos. | |
| 9. Hacer las anotaciones necesarias en la hoja de control de signos vitales. | - Permite el seguimiento sistemático y oportuno de los cuidados del paciente. |

+++++

Cuidados de enfermería durante la medición de la respiración. Se debe evitar que el paciente se entere que se le está midiendo la frecuencia respiratoria. Si nota alguna anormalidad o alteración en la frecuencia respiratoria (taquipnea, bradipnea, apnea), informe inmediatamente. Además, se debe evitar medirla cuando el paciente esté en actividad, tenga dolor agudo o trastorno emocional.

Figura 7*Proceso mecánico de la respiración.*

Fuente: imagen obtenida a partir de <https://bit.ly/3R1JHmt>

■ *Medición de la presión arterial*

Es la comprobación de la presión ejercida por la sangre contra la pared de las arterias (Barragán Becerra, Moreno Mojica, & Hernández Bernal, 2021). Su objetivo radica en identificar y valorar la presión diastólica y sistólica. Se medirá la presión arterial al momento que ingresen al hospital, cada vez que el paciente presente alteración en el estado de salud, de acuerdo con la rutina establecida en el servicio, indicación médica y en caso de alteraciones del estado de salud. El equipo a utilizarse será:

- Tensiómetro o esfigmomanómetro.
- Estetoscopio.
- Lápiz.
- Libreta.

El procedimiento a seguir para la medición de la presión arterial se describe a continuación:

+++++	
Acciones	Principios
+++++	
1. Preparar el equipo (estetoscopio y tensiómetro).	- Evita pérdida de tiempo.
2. Identificar al paciente y explicarle el procedimiento.	- Permite la colaboración del paciente.
3. Limpiar las olivas del estetoscopio con algodón y solución desinfectante.	- Reduce el riesgo de infecciones.
4. Lavarse las manos.	- Evita las infecciones cruzadas.
5. Colocar al paciente en posición de descanso (supina, Fowler o semi-Fowler)	- Esta posición permite la palpación de la arteria humeral y facilita la colocación del brazalete.
6. Colocar el brazo del paciente descansando a lo largo del cuerpo con la palma de la mano hacia arriba.	- La arteria humeral es de fácil localización.
7. Colocar el manguito o brazalete.	
8. Localizar por palpación el pulso humeral del paciente.	- Permite la transmisión del sonido con más fidelidad.
9. Colocar el diafragma del estetoscopio sobre el sitio donde palpó la arteria, y sostenga el diafragma con los dedos índice y medio.	
10. Preguntar al paciente la presión arterial que siempre maneja.	- Al comprimir por completo la arteria, se ocluye el flujo sanguíneo.
11. Con la mano derecha cerrar las válvulas e insufla aire al brazalete hasta que la aguja del manómetro o la columna de mercurio ascienda 10mmHg por encima de las cifras tensionales del paciente.	- El mercurio reacciona rápidamente a las variaciones leves de presión.
12. Abrir lentamente la válvula observando el descenso de la aguja del manómetro o la columna de mercurio.	- La presión sistólica es la presión ejercida por la sangre al contraerse el ventrículo izquierdo.
13. Estar en atención a la aparición de un primer ruido que indica la cifra de la presión sistólica.	- La presión diastólica es la presión ejercida cuando el corazón se encuentra en fase de reposo.
14. Dejar escapar el aire gradualmente hasta que	

desaparezcan los latidos, que indica la cifra de la presión diastólica.

15. Abrir por completo la válvula dejando escapar el resto del aire del brazalete.

16. Retirar el esfigmomanómetro o tensiómetro.

17. Dejar cómodo al paciente.

18. Limpiar el equipo y déjelo en orden.

19. Lavarse las manos.

20. Hacer las anotaciones necesarias en el expediente clínico.

- Permite el riego sanguíneo normal de la arteria.

- La comodidad contribuye al bienestar físico y recuperación del paciente.

- Protege el equipo evitando su deterioro.

- Evita infecciones cruzadas.

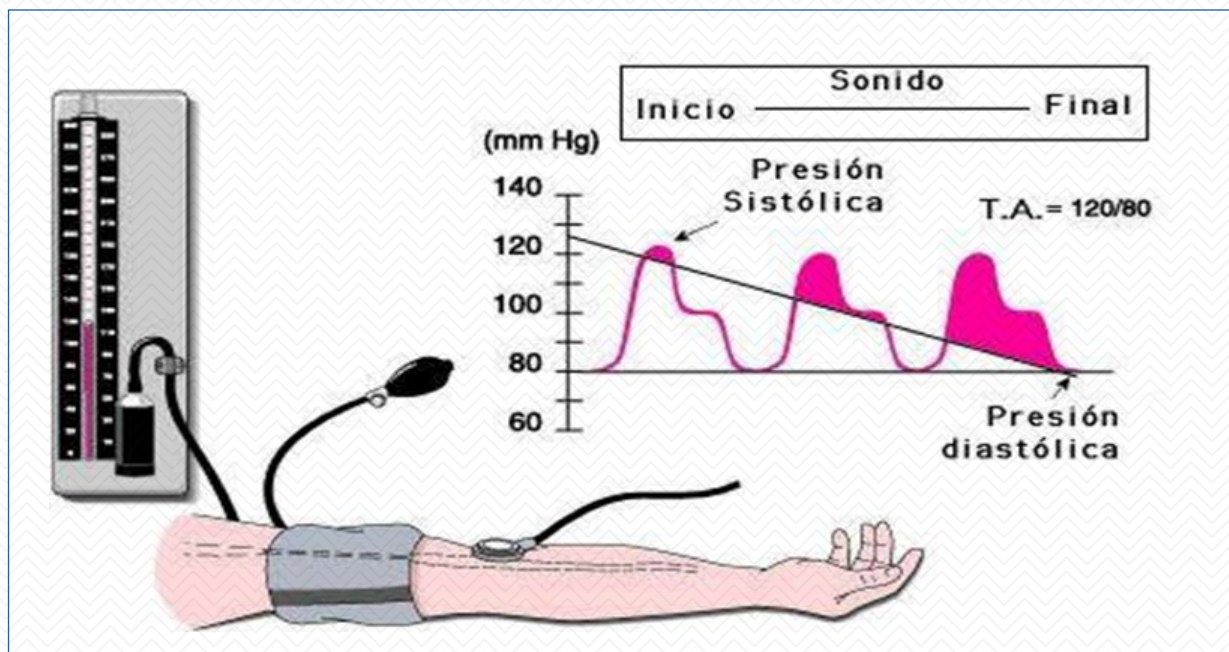
- Permite el seguimiento sistemático y oportuno de los cuidados del paciente.

+++++

Cuidados de enfermería durante la medición de la presión arterial. El profesional tiene que comprobar que el tensiómetro esté en buenas condiciones y que la campana del estetoscopio esté íntegra y tenga buena resistencia. Además, debe permitir al paciente descansar por lo menos 10 minutos antes de medir la presión arterial. No se debe medir la presión arterial después de comer o de realizar algún ejercicio (caminar o hacer deporte).

Figura 8

Técnica de medición de la presión arterial.



Fuente: imagen obtenida a partir de <https://bit.ly/3R1JHmt>

■ *Medición del pulso*

El ritmo del pulso es la medida de la frecuencia cardíaca, es decir, del número de veces que el corazón late por minuto. Cuando el corazón impulsa la sangre a través de las arterias, estas se expanden y se contraen con el flujo de la sangre. Al tomar el pulso, no sólo se mide la frecuencia cardíaca, sino que también puede indicar el ritmo del corazón y la fuerza de los latidos (Loaiza, et. al, 2014). Entre los objetivos principales de esta métrica están el contribuir en el diagnóstico del paciente por medio de datos exactos y detectar alteraciones que pueda presentar el paciente en las pulsaciones. Se medirá el pulso a los pacientes en el momento que ingrese al hospital, de acuerdo con indicación médica y rutina establecida en el servicio. El equipo a utilizarse será:

- Reloj con segundero.
- Lápiz.
- Hoja de registro.

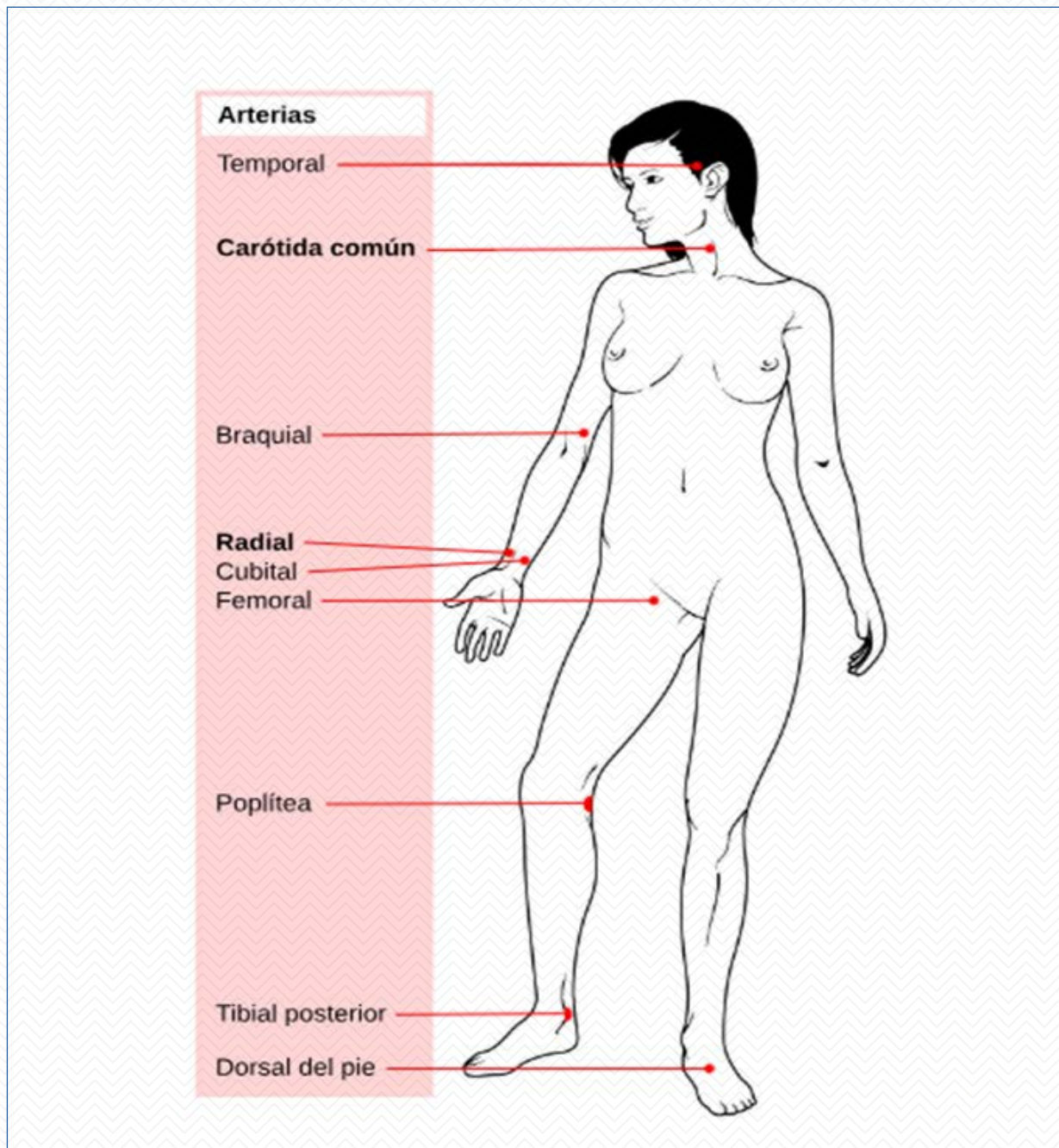
El procedimiento a seguir para la medición del pulso se describe a continuación:

+++++	
Acciones	Principios
+++++	
1. Identificar al paciente.	- Permite la colaboración del paciente.
2. Explicar el procedimiento al paciente.	
3. Colocar al paciente en posición de descanso (supina, Fowler o semi-Fowler)	
4. Seleccionar la arteria en la cual se medirá el pulso.	- La correcta posición del miembro asegura datos correctos.
5. En el caso de la arteria radial, colocar el brazo del paciente descansando a lo largo del cuerpo o sobre el tórax o abdomen, con la palma de la mano hacia abajo.	- La presión excesiva puede obstruir el flujo sanguíneo y alterar las pulsaciones.
6. Con los dedos índice, medio y anular, palpar con suavidad la arteria.	
7. Contar durante un minuto las pulsaciones, valorando frecuencia, ritmo e intensidad.	- El contar durante un minuto asegura la valoración y detección de irregularidades.
8. Si quedan dudas, repetir el procedimiento.	-Permite el seguimiento sistemático y oportuno de los cuidados del paciente.
9. Hacer las anotaciones necesarias en el expediente clínico.	

Cuidados de enfermería durante la medición del pulso. Se debe evitar medir el pulso cuando el paciente está en actividad. Si se observa alguna alteración, notificar de inmediato. Se debe hacer la palpación sobre un plano resistente y nunca utilice el dedo pulgar, porque éste tiene su propia pulsación.

Figura 9

Sitios más frecuentes para valorar el pulso.



Fuente: imagen tomada de <https://es.wikipedia.org/wiki/Pulso>

■ *Medición del peso y talla*

Procedimiento a través del cual se determina el peso en kilogramos y la estatura o tamaño en centímetros (Loaiza, 2014). Entre sus objetivos están: calcular la dosis de fármacos, valorar el estado nutricional del paciente, determinar el índice de masa corporal, diuresis horaria, entre otros. Se medirá la talla y el peso deben ser medidos a todo paciente que ingrese al hospital y de acuerdo a la indicación médica. El equipo a utilizarse será:

- Báscula (de pie, con barra medidora, de silla o para cama).
- Silla de ruedas (si se necesita para trasladar al paciente).
- Toallas de papel.
- Bata.

El procedimiento a seguir para la medición del peso y talla se describe a continuación:

+++++	
Acciones	Principios
+++++	
1. Verificar el funcionamiento del equipo.	- Evita pérdidas de tiempo.
2. Lavarse las manos.	
3. Identificar al paciente y explicarle el procedimiento.	- Evita infecciones cruzadas.
4. Trasladar al paciente al sitio donde se encuentra ubicado el peso.	- Permite la colaboración del paciente,
5. Colocar una toalla de papel sobre la plataforma de la báscula.	
6. Indicar al paciente que se despoje de la ropa y del calzado.	- Asegura la medición del peso exacto.
7. Facilitar una bata al paciente y ayudarlo a ponérsela si es necesario.	
8. Verificar que el pilón superior e inferior del peso estén en cero (0).	- Evita exposiciones innecesarias, protegiendo su intimidad.
9. Observar que el brazo de la báscula se encuentre alineado al fiel.	
10. Ayudar al paciente a trepar a la plataforma de la báscula.	- Evita accidentes.

- +++++
- | | |
|---|--|
| 11. Deslizar el pilón inferior hasta la muesca correspondiente a la cifra cerrada más cercana al peso calculado del paciente. | - Con la suma de las cantidades correspondientes a las cifras señaladas por cada pilón, se obtiene el peso del paciente. |
| 12. Deslizar el pilón superior hasta que el brazo de la báscula se alinee al fiel. | |
| 13. Sumar la cifra marcada por cada pilón. | |
| 14. Para obtener la talla, indicar al paciente que permanezca en la plataforma de la báscula. | |
| 15. Elevar la barra medidora por encima de la cabeza del paciente, y luego bajarla hasta hacer contacto con la misma. | - Evita accidentes. |
| 16. Observar en la barra medidora la lectura obtenida que corresponde a la talla del paciente. | |
| 17. Ayudar al paciente a descender de la plataforma de la báscula. | - Permite mantener la báscula calibrada. |
| 18. Devolver las pertenencias personales (ropa, zapatos, etc.) y ayudarlo a vestirse si es necesario. | - La comodidad contribuye al bienestar físico y recuperación del paciente. |
| 19. Regresar el pilón superior e inferior a cero, e igualmente la barra medidora a su posición inicial. | - Evita infecciones cruzadas. |
| 20. Dejar cómodo al paciente. | |
| 21. Lavarse las manos. | - Permite el seguimiento sistemático y oportuno de los cuidados del paciente. |
| 22. Hacer anotaciones necesarias en el expediente clínico. | |
- +++++

Cuidados de enfermería durante la medición del peso y talla. Antes que todo, se debe verificar el funcionamiento de la báscula, si está provista de ruedas, inmovilizar antes que el paciente suba a ella. Así, hay tratar de medir peso y talla, con la misma balanza y con la misma ropa, pero, despojar al paciente de ropa y calzado. También es importante escoger la báscula adecuada según sea el caso e incentivar al paciente a relajarse y evitar moverse.

Figura 10

Medición de talla y peso en una niña.



Fuente: imagen tomada de <https://www.dietfarma.com/tallimetros>

■ Posiciones terapéuticas

Estas comprenden todas aquellas posturas que promueven el funcionamiento del organismo, la comodidad, confort y facilitan la ejecución de procedimientos médicos (Loaiza, et. al, 2014). Entre sus objetivos están: contribuir al buen funcionamiento del organismo, contribuir a través de la posición en la realización de un determinado examen o tratamiento, prevenir complicaciones ocasionadas por posturas incorrectas y proporcionar confort al paciente. En este sentido, se adoptarán posiciones terapéuticas para todo paciente imposibilitado de moverse o cuando sea necesario de acuerdo con el caso. Como precauciones, se debe evaluar la condición del paciente antes de moverlo y cerciorarse si necesita ayuda; cambiar de posición al paciente cada dos (2) horas o según indicación médica. El equipo a utilizarse será:

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

Los procedimientos a seguir se describen a continuación:

■ Posición dorsal (supino)

+++++	
Acciones	Principios
+++++	
1. Identificar al paciente y explíquele el procedimiento.	- Permite la colaboración del paciente.
2. Lavarse las manos.	- Evita infecciones cruzadas.
3. Colocar la cama en posición horizontal.	- Facilita el procedimiento.
4. Colocar al paciente sobre su espalda con la columna vertebral alineada.	- La alineación de las partes anatómicas deben estar equilibradas para prevenir esfuerzo y tensión muscular innecesarios.
5. Colocar la almohada debajo de la cabeza del paciente.	- La hiperextensión mantenida durante largo tiempo provoca contractura muscular
6. Colocar los brazos del paciente a lo largo de su cuerpo con las manos en pronación.	- Conserva la posición anatómica de la mano.
7. En ausencia de movimientos, colocar entre las manos un rollo de tela.	- Evita la fricción de la piel con la ropa de cama, disminuyendo el riesgo de úlceras por decúbito.
8. Tratar de mantener las piernas rectas.	- La flexión sostenida durante largo tiempo puede causar la deformación llamada pie péndulo.
9. Colocar cojines debajo de los tobillos.	- La comodidad contribuye al bienestar físico y a la recuperación del paciente.
10. Colocar las puntas de los dedos hacia arriba.	- Evita infecciones cruzadas.
11. Dejar cómodo al paciente.	- Permite el seguimiento sistemático y oportuno de los cuidados del paciente.
12. Lavarse las manos.	
13. Hacer las anotaciones necesarias en el expediente clínico.	

+++++

Figura 11

Paciente en posición dorsal supino.



Fuente: imagen tomada de <https://images.app.goo.gl/YyceutNBZFXaCkuV6>

■ **Posición decúbito ventral (prono)**

+++++	
Acciones	Principios
+++++	
1. Identificar al paciente y explicarle el procedimiento.	- Permite la colaboración del paciente.
2. Lavarse las manos	- Evita infecciones cruzadas.
3. Colocar la cama en posición horizontal	- Facilita el procedimiento.
4. Solicitar ayuda si el paciente no coopera.	- Ahorra tiempo y energía, disminuyendo el esfuerzo físico.
5. Colocar al paciente sobre el costado derecho o izquierdo.	- La alineación de las partes del cuerpo deben permanecer simétricas para prevenir esfuerzo y tensión muscular innecesarios.
6. Colocar los brazos horizontalmente a cada lado del cuerpo o flexionados cerca de la cabeza.	- El manejo de las partes del cuerpo debe ser firme y suave, proporcionando apoyo a la cabeza,

7. Colocar los pies al paciente en el espacio que queda entre el colchón y la piecera de la cama o utilice cojines bajo sus tobillos.

8. Dejar cómodo al paciente.

9. Lavarse las manos.

10. Hacer las anotaciones necesarias en el expediente clínico.

extremidades y articulaciones.

- Evita la hiperextensión de los pies.

- La comodidad contribuye al bienestar físico y recuperación del paciente.

- Evita infecciones cruzadas.

- Permite el seguimiento sistemático y oportuno de los cuidados del paciente.

+++++

Figura 12

Paciente en posición decúbito ventral prono.



Fuente: imagen tomada de <https://images.app.goo.gl/YyceutNBZFXaCkuV6>

■ Posición decúbito lateral izquierdo

+++++

Acciones

Principios

+++++

1. Identificar al paciente y explicarle el procedimiento.

- Permite la colaboración del paciente.

- Evita infecciones cruzadas.

2. Lavarse las manos.

- Facilita el procedimiento.

3. Colocar la cama en posición horizontal.

4. Colocar al paciente sobre el costado izquierdo o derecho, según sea el caso.
 - La hiperextensión mantenida durante largo tiempo provoca contractura muscular.
5. Colocar una almohada debajo de la cabeza y otra a lo largo de la espalda.
 - Favorece la alineación de la cabeza, cuello y columna.
6. Colocar el brazo que está bajo su cuerpo, flexionando delante del mismo.
 - Favorece la circulación sanguínea del brazo
 - Permite la expansión pulmonar.
7. Flexionar el brazo contrario y apóyalo sobre una almohada al frente del cuerpo.
 - Proporciona apoyo en la cara lateral del hueso ilíaco y la escápula disminuyendo la presión en las prominencias óseas.
8. Flexionar la pierna superior (según sea el caso) a la altura de la cadera y colocar una almohada o cojín debajo de la pierna.
 - La comodidad contribuye al bienestar físico y recuperación del paciente.
9. Dejar cómodo al paciente.
 - Evita infecciones cruzadas.
10. Lavarse las manos.
 - Permite el seguimiento sistemático y oportuno de los cuidados del paciente.
11. Hacer las anotaciones necesarias en el expediente clínico.

+++++

Figura 13

Posición decúbito lateral izquierdo.



Fuente: imagen tomada de <https://images.app.goo.gl/qnE6SMho8w5aamsh8>

■ *Posición de Sims*

+++++	
Acciones	Principios
+++++	
1. Identificar al paciente y explíquele el procedimiento.	- Permite la colaboración del paciente.
2. Lavarse las manos.	- Evita infecciones cruzadas.
3. Colocar la cama en posición horizontal.	- Facilita el procedimiento.
4. Colocar al paciente sobre el lado izquierdo de su cuerpo.	- Mantiene la alineación corporal evitando contracturas musculares.
5. Colocar una almohada bajo la cabeza y a lo largo del abdomen del paciente.	- Disminuye el esfuerzo o tensión muscular
6. Colocar el brazo que está bajo su cuerpo extendido a lo largo de la espalda.	- Evita infecciones cruzadas.
7. Flexiónale la pierna superior.	- La comodidad contribuye al bienestar físico y recuperación del paciente.
8. Flexionarle ligeramente la pierna inferior en la que está apoyado el paciente.	- Evita infecciones cruzadas.
9. Dejar cómodo al paciente.	- Permite el seguimiento sistemático y oportuno de los cuidados del paciente.
10. Lavarse las manos.	
11. Hacer las anotaciones necesarias en el expediente clínico.	

+++++

Figura 14

Paciente en posición de Sims.



Fuente: imagen tomada de <https://images.app.goo.gl/YyceutNBZFXaCkuV6>

■ *Posición de Fowler*

+++++	
Acciones	Principios
+++++	
1. Identificar al paciente y explicarle el procedimiento.	- Permite la colaboración del paciente.
2. Lavarse las manos.	- Evita infecciones cruzadas.
3. Colocar la cama en posición horizontal.	- Facilita el procedimiento.
4. Colocar al paciente de espalda a la cama.	- Proporciona buena alineación corporal, distribuyendo uniformemente el peso del cuerpo.
5. Elevar la cabecera de la cama a un ángulo mayor de 45 grados.	- Permite la expansión pulmonar.
6. Colocar la almohada debajo de la cabeza al paciente.	- Evita que el paciente se deslice.
7. Colocar una almohada en la piédera de la cama, apoyando los pies.	- La comodidad contribuye al bienestar físico y recuperación del paciente.

8. Dejar cómodo al paciente.

- Evita infecciones cruzadas.

9. Lávese las manos.

- Permite el seguimiento sistemático y oportuno de los cuidados del paciente.

10. Hacer las anotaciones necesarias en el expediente clínico.

Figura 15

Paciente en posición Fowler.



Fuente: imagen tomada de <https://images.app.goo.gl/YyceutNBZFXaCkuV6>

■ Posición genupectoral

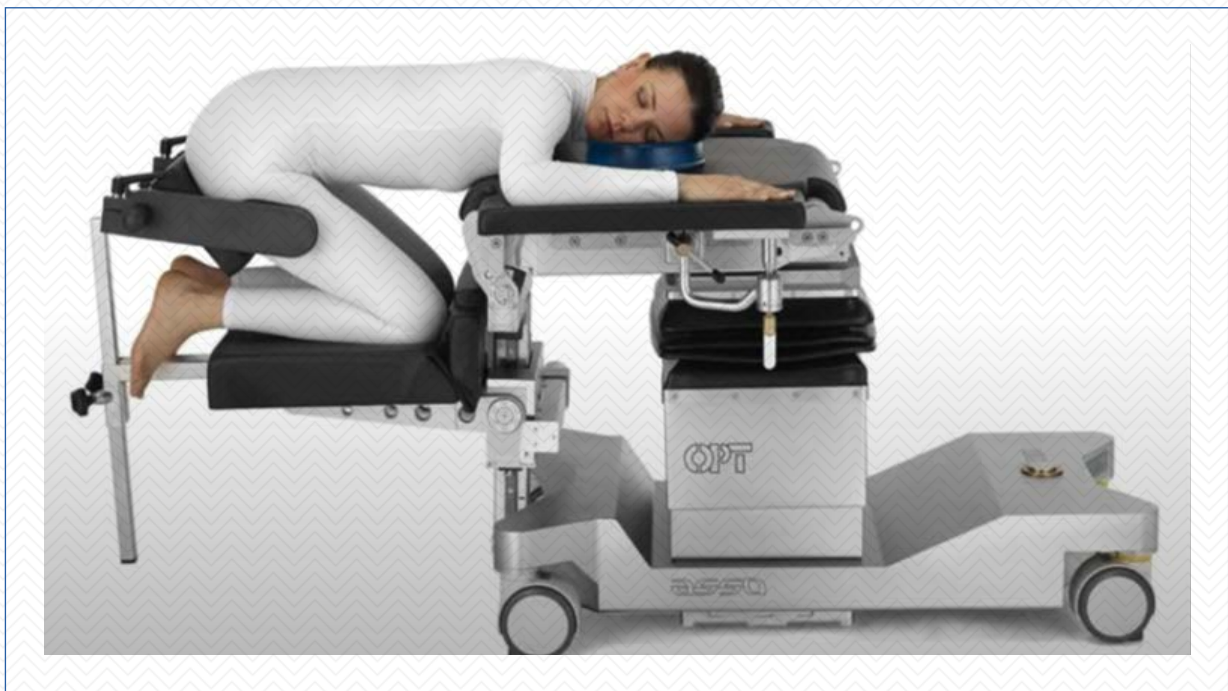
Acciones	Principios
1. Identificar al paciente y explicarle el procedimiento.	- Permite la colaboración del paciente.
2. Lavarse las manos.	- Evita infecciones cruzadas.
	- Facilita el procedimiento.

3. Colocar la cama en posición horizontal. - Facilita la visualización del área a examinarse.
4. Solicitar al paciente que se arrodille hacia adelante. - Mantiene la cabeza a nivel del tórax, evitando contracturas musculares.
5. Indicar al paciente que apoye el tórax sobre la cama con los brazos flexionados a los lados de la cabeza. - La privacidad contribuye a la seguridad y colaboración del paciente.
6. Colocar una almohada bajo su cabeza. - La comodidad contribuye al bienestar físico y recuperación del paciente.
7. Cubrir al paciente dejando visible sólo la región a examinar. - Evita infecciones cruzadas.
8. Dejar cómodo al paciente. - Permite el seguimiento sistemático y oportuno de los cuidados del paciente.
9. Lavarse las manos.
10. Hacer las anotaciones necesarias en el expediente clínico.

+++++

Figura 16

Paciente en posición genupectoral.



Fuente: imagen tomada de <https://images.app.goo.gl/YycutNBZFXaCkuV6>

■ *Posición litotómica o ginecológica*

+++++	
Acciones	Principios
+++++	
1. Identificar al paciente y explicarle el procedimiento.	- Permite la colaboración del paciente.
2. Lavarse las manos.	- Evita infecciones cruzadas.
3. Colocar la cama en posición horizontal.	- Facilita el procedimiento.
4. Solicitar al paciente que flexione las rodillas y separe las piernas.	- Permite la visualización del área a examinarse.
5. Colocar al paciente de espaldas a la cama.	
6. Colocar los pies en los estribos si el examen se realiza en cama ginecológica.	- La privacidad contribuye a la seguridad y colaboración del paciente.
7. Cubrir al paciente dejando visible sólo la región a examinar.	- La comodidad contribuye al bienestar físico y recuperación del paciente.
8. Dejar cómodo al paciente.	- Evita infecciones cruzadas.
9. Lavarse las manos.	- Permite el seguimiento sistemático y oportuno de los cuidados del paciente.
10. Hacer las anotaciones necesarias en el expediente clínico.	
+++++	

Cuidados de enfermería. Se debe alinear los segmentos corporales en sentido vertical, con extremidades superiores a los lados del cuerpo. Además, hay que mantener la cabeza de la paciente recta, las piernas deberán estar extendidas y ligeramente separadas, con los tobillos extendidos y los pies erguidos dirigidos hacia adelante. Es prioridad evitar que la paciente permanezca por más de 2 horas en la misma posición. Finalmente, se valora diariamente las prominencias óseas.

Figura 17

Paciente en posición litotómica o ginecológica.



Fuente: imagen tomada de <https://images.app.goo.gl/YyceutNBZFXaCkuV6>

■ Ingreso/admisión de pacientes

Son todas aquellas actividades técnicas administrativas que se realizan al momento de la llegada del paciente al centro hospitalario (Loaiza, et al., 2014). Sus principales objetivos son: ofrecer atención de acuerdo con sus necesidades y/o problemas, facilitar y mejorar los cuidados de enfermería en el momento que ingresa el paciente, proporcionar mayor margen de seguridad al paciente. En este contexto, se solicita que todo el equipo de salud debe estar informado del ingreso del paciente, que debe ser recibido con afecto y cordialidad por el equipo de salud.

Como precauciones para el paciente se debe: conocer sus condiciones de salud, verificar sus datos de la historia clínica, conocer el motivo de admisión y asegurarse que la unidad esté en condiciones para su ingreso, así como también el equipo requerido. Este último dependerá, en su mayor parte, del motivo de admisión del paciente; para tal fin deberá haber comunicación con el área o servicio donde se encuentre el paciente.

El procedimiento a seguir se describe a continuación:

+++++	
Acciones	Principios
+++++	
1. Arreglar la unidad del paciente.	- Proporciona comodidad y bienestar al paciente.
2. Colocar una bandeja conteniendo jarra con agua y vaso, sobre el velador.	- Satisface las necesidades del paciente.
3. Acondicionar el ambiente anexando: bidet, pato, lavacara, y cualquier otro equipo, dependiendo del estado de salud del paciente.	- El equipo acorde a las necesidades del paciente proporciona atención inmediata en el momento oportuno.
4. Recibir al paciente cordialmente y solicitar que se identifique por su nombre corroborando con la historia clínica.	- Proporciona seguridad y confianza.
5. Trasladar al paciente a la unidad asignada.	- Tranquiliza al paciente.
6.- Realizar la entrevista y el examen físico.	- Permite
7. Presentar al equipo de salud y a las personas que compartirán el área de hospitalización o habitación.	conocer el estado de salud del paciente.
8. Darle a conocer el área física y explicarle las normas institucionales.	- Propo
9. Revisar la historia clínica y organizar las hojas de control tales como: historia de enfermería, signos vitales, hoja de tratamiento, hoja de gráfica, registro de ingesta y excretas, evolución de enfermería y otros.	rciona seguridad, comodidad y confianza al paciente.
10. Realizar los cuidados de enfermería específicos según el caso y de cumplimiento al tratamiento indicado.	- Permite llevar una evaluación escrita más confiable.
11. Orientar a los familiares acerca de los cuidados a brindar al paciente.	- Permite la participación del familiar en los cuidados de este.
12. Lavarse las manos.	- Evita infecciones cruzadas.
13. Dejar cómodo al paciente.	- La comodidad contribuye al bienestar físico y recuperación del paciente.
14. Hacer las anotaciones necesarias en el expediente clínico.	- Permite el seguimiento sistemático y oportuno de los cuidados del paciente.
+++++	

Cuidados de enfermería. La amabilidad y cortesía es fundamental. Se debe revisar y verificar la identidad del paciente. También, hay que informar al paciente acerca del lugar donde se encuentra ubicado, así disminuye la ansiedad. No hay problema que los familiares del paciente que le ayuden a arreglar sus pertenencias, de esta manera, se facilita la integración del paciente al medio ambiente hospitalario.

Figura 18

Ingreso de una paciente a la unidad de hospitalización.



Fuente: imagen tomada de <https://bit.ly/4i7UIyw>

■ Egreso de pacientes

Son todas aquellas actividades técnico-administrativas que se realizan desde que ingresa al centro hospitalario hasta el día de su partida (Loaiza, et. al., 2014). Se busca facilitar el egreso del paciente y garantizar la continuidad de los cuidados del paciente en el hogar, siguiendo las indicaciones médicas.

Como precauciones para el paciente se debe: verificar las indicaciones médicas y asegurarse que el paciente no tenga dudas sobre el tratamiento y cuidados a seguir en el hogar. En caso de detectar alteraciones en el estado de salud del paciente en el momento de su egreso, debe notificar al médico.

El procedimiento a seguir se describe a continuación:

+++++	
Acciones	Principios
+++++	
1. Verificar las indicaciones médicas.	- Evita errores.
2. Identificar al paciente e informarse sobre su egreso.	- Determina si las condiciones del paciente y favorece su egreso.
3. Valorar el estado de salud del paciente.	- Permite llevar el control de egreso de pacientes.
4. Informar al servicio de admisión sobre el egreso del paciente.	- Permite mantener informado al equipo de salud sobre el número de pacientes existentes en el servicio.
5. Establecer comunicación con el equipo de salud sobre el egreso del paciente.	- Evita el extravío de pertenencias del paciente.
6. Organizar los útiles personales del paciente.	- Facilita la salida del paciente de la institución.
7. Hacer entrega de la orden de egreso al paciente.	- Proporciona satisfacción al paciente y familiares.
8. Acompañar al paciente hasta la salida de la institución.	- Disminuye y elimina agentes patógenos contenidos en el material y equipo utilizado.
9. Recoger todo el material que ha sido utilizado por el paciente y llévelo a la faena sucia para su limpieza o esterilización.	- Evita la diseminación de microorganismos. - Mantiene el ambiente limpio, ordenado para un nuevo ingreso.
10. Realizar la desinfección terminal de la unidad.	- Evita infecciones cruzadas
11. Arreglar la unidad del paciente.	- Constituye una fuente de información oportuna en un momento determinado.
12. Lavarse las manos.	
13. Hacer las anotaciones necesarias en el expediente clínico.	
14. Enviar expediente clínico al servicio de admisión o administración.	

+++++

Cuidados de enfermería. Estos estarán sustentados en la valoración realizada durante su ingreso, por tanto, se reforzarán los aspectos tratados en la educación impartida durante la hospitalización. Se refuerza y verifica que el paciente y la familia tienen claro los horarios de alimentación y tratamiento indicado. Además, se informa al paciente y familia que de todos los cuidados depende la disminución de reingreso del paciente en las primeras 48 horas y complicaciones prevenibles.

Figura 19

Paciente en proceso de egreso de la unidad hospitalaria.



Fuente: imagen tomada de <https://cicsp.org/portfolio/adcra-gestion-de-altas-2017/>

■ Evolución de enfermería

Es aquel formato o sistema de registro donde se realizan anotaciones precisas y objetivas por turno o jornada, acerca del estado de salud del paciente (Loaiza, et. al, 2014). Sus objetivos son: mantener un informe continuo, sistemático y oportuno de la evolución del paciente, permitir la orientación del caso al equipo de salud, dinamizar el sistema de comunicación entre el equipo de salud y permitir la planificación de los cuidados del paciente.

El personal de enfermería registrará solamente las observaciones significativas del paciente. El registro de las observaciones realizadas debe hacerse utilizando lapicero con tinta azul. La evolución de enfermería debe ser firmada en forma legible. Los estudiantes de enfermería utilizarán la hoja de evolución para registrar sus observaciones y lo harán bajo supervisión profesional. Esta formará parte del expediente clínico del paciente y será documentada con validez legal. El registro de las observaciones realizadas se redactará utilizando el acrónimo “S.O.V.P.I.E.”, que significa:

S = Datos subjetivos (síntomas que describe el paciente).

O = Datos objetivos (signos que observa la enfermera).

V=Valoración (conclusiones que deriva la enfermera (o) de los datos subjetivos y objetivos).

P = Plan (inmediato o mediante, que abarca la enseñanza del paciente).

I = Intervención (acciones que se realizarán en el paciente, para él o con él).

E = Evaluación de resultados (del proceso de enfermería, que se manifiestan en la conducta del paciente).

Como precauciones se deben: evitar términos que se presten a interpretaciones ambiguas. Es fundamental identificar la hoja de evolución de enfermería con los siguientes datos: Apellidos y Nombres del paciente, No. de historia, Servicio y No. de cama. En caso de cometer error de transcripción, cubra con una línea la palabra equivocada y sobre la misma escriba "Error"; no borre o tape los errores de transcripción, así no hay duda sobre el tipo de error. Por ejemplo:

(Error)

Pulso: 180 latidos/minuto = 108 latidos /minuto

Si aparecen espacios en la evolución de enfermería, trazar una línea cubriendo el espacio y firme legiblemente. En este punto, el equipo que se usa es la hoja de evolución de enfermería y un lapicero con tinta azul.

El procedimiento a seguir se describe a continuación:

+++++	
Acciones	Principios
+++++	
1. Identificar la hoja de evolución de enfermería con los siguientes datos: Apellidos y Nombres del paciente, No. de historia, Servicio y No. de cama.	- Evita errores.
2. Anotar la fecha y la hora en la cual se realiza la evolución.	- Precisa el momento en el cual ocurrieron los hechos. - Contribuye a sustentar los datos objetivos y ofrece oportunidad al paciente de expresar sus preocupaciones y sentimientos.
3. Identificar con la letra "S" los datos subjetivos obtenidos del paciente o familiares, considerando fecha, hora y tipo, intensidad, características cualitativas, localización, irradiación, número de episodios, fuentes de alivio (reposo, posiciones o medicamento), factores desencadenantes y otros síntomas afines o existentes, curso general de los síntomas y grado en que han afectado el modo de vida del paciente.	- Precisa la información registrada permitiendo la comparación con los datos subjetivos y por ende la emisión de juicios clínicos.

4. Identificar con la letra “O” los datos objetivos u observaciones clínicas a los datos de laboratorio que correspondan al problema, registre los siguientes aspectos: Localización, forma, tamaño, color, temperatura, humedad y consistencia, presencia de dolor y otros.
 - La participación de los familiares en el cuidado del paciente contribuye a su recuperación, fortaleciendo nexos familiares.
5. Identificar con la letra “P” el plan a seguir con el paciente e incluya la enseñanza del paciente y familiares.
 - Garantiza al paciente la continuidad de los cuidados
6. Identificar con la letra “I” la puesta en práctica de sus intervenciones, derivadas del plan propuesto.
 - Permite identificar la respuesta del paciente a las intervenciones de enfermería y la medida en la cual se han logrado los objetivos.
7. Identificar con la letra “E” los datos relativos a la evaluación de los resultados obtenidos del cuidado de enfermería prestados según la conducta observada del paciente.
 - Asegura la continuidad de los cuidados.
 - Promueve la responsabilidad.
8. Registrar las actividades que durante su jornada de trabajo no se cumplieron.
9. Firmar la evolución de enfermería de forma legible.

+++++

Cuidados de enfermería. Se debe completar los datos de la valoración tan pronto como le sea posible. La tardanza en anotar los datos puede llevar a omisiones y errores. Si por alguna razón tiene que dejar la unidad antes de completar la valoración, asegúrese de anotar los datos más importantes. En caso de no haber podido anotar, es importante que la información relevante del paciente se comunique de manera continua a todos los integrantes del equipo de salud. No confíe en su memoria, anote en un pequeño cuaderno de bolsillo para luego transcribirlo a la historia en cuanto sea posible.

Figura 20

Enfermera registrando la evolución del paciente en la historia clínica.



Fuente: imagen tomada de <https://enfermeria.top/post/como-escribir-registro-enfermeria>

CAPÍTULO III

Ambiente terapéutico



■ Aseo de la unidad

Proceso que se refiere a la limpieza que se hace al equipo, mobiliario y utensilios utilizados por el paciente (Loaiza, et al., 2014). Esto se realiza con la finalidad de evitar la diseminación de microorganismos, preparar la unidad en espera de nuevo ingreso y proporcionar al paciente un ambiente limpio. Siempre se realizará desinfección recurrente diariamente a la unidad del paciente y se realizará desinfección terminal a la unidad del paciente una vez que éste haya egresado.

Como precauciones, se debe cambiar el agua las veces que sean necesarias, asegurarse que el paciente esté dado de alta o asegurarse que se encuentra cómodo fuera de la cama, en caso de seguir hospitalizado. El equipo a utilizarse de ubicará en una bandeja y será:

- Dos (2) paños.
- Solución desinfectante.
- Cepillo.
- Carrito o bolsa de ropa sucia.
- Jabón.
- Recipiente con agua.

El procedimiento a seguir se describe a continuación:

+++++	
Acciones	Principios
+++++	
1. Preparar el equipo, trasládalo al cubículo del paciente.	- El equipo completo ahorra tiempo y energía.
2. Abrir las ventanas de la habitación de manera perpendicular a la ubicación de la unidad del paciente.	- Contribuye a la ventilación adecuada del ambiente.
3. Separar los muebles unos de otros.	- Facilita la movilidad durante el procedimiento.
4. Lavar los utensilios usados por el paciente	-Evita la proliferación de microorganismos patógenos.
5. Verter agua y solución desinfectante en un recipiente y sumerge el paño.	
6. Limpiar y enjuagar la silla de arriba hacia abajo.	- El agua y la solución desinfectante desprenden los microorganismos y materias extrañas.
7. Aplicar la solución desinfectante al paño seco y desinfecte la silla.	- La limpieza del área, desde la más limpia a la más sucia evita diseminación de gérmenes.

8. Colocar el carrito de ropa sucia al lado de la piecera de la cama.
 - Evita la diseminación de microorganismos.
9. Aflojar la ropa de la cama empezando por la cabecera.
 - Facilita el trabajo de lo más cercano a lo más distante.
10. Quitar la funda y ponga la almohada sobre la silla.
 - Ahorra tiempo y energía y previene la diseminación de microorganismos.
11. Doblar la sábana superior e inferior y póngala en el carrito de ropa sucia.
12. Limpiar la parte expuesta del colchón con el pañito seco de arriba hacia abajo.
13. Enjabonar, enjuagar, secar y desinfectar la mitad del respaldo de la cama y la superficie a lo largo y lateral del colchón, de arriba hacia abajo y de adentro hacia afuera.
 - Los microorganismos se acumulan en cualquier superficie de la cama.
14. Trasladarse al otro lado de la cama y hacer lo mismo con la mitad inferior del colchón, doblarlo sobre sí mismo hacia la piecera de la cama.
 - Limpiar de lo más limpio a lo más sucio reduce la diseminación de microorganismos
15. Limpiar con el cepillo la mitad expuesta de los laterales de la cama.
16. Elevar la cabecera de la cama y limpie la parte inferior y accesorios.
17. Bajar la cabecera de la cama y voltear el colchón sobre el lado limpio.
 - Un objeto limpio se contamina al entrar en contacto con uno sucio.
18. Doblar el colchón sobre sí mismo hacia la cabecera y proceder a limpiar la mitad del colchón, laterales de la misma forma (pasos 14, 15, 16, 17).
19. Si no es posible doblar el colchón, colocarlo a lo ancho de la cama y moverlo hacia la piecera, limpiar la cama y sus partes accesorias.
 - Reduce la diseminación de microorganismos.
20. Voltear totalmente el lado limpio del colchón hacia la cabecera y limpiar la superficie expuesta del colchón, la cama y accesorios de lo distante a lo próximo.

21. Colocar correctamente el colchón sobre la cama. - Protege el equipo evitando su deterioro.
22. Retirar de la piecera el carrito de ropa sucia.
23. Limpiar la mesa de noche siguiendo las normas de adentro hacia afuera y de arriba hacia abajo. - Evita infecciones cruzadas.
24. Dejar el equipo limpio y en orden.
25. Lavarse las manos. - Permite el seguimiento sistemático y oportuno de los cuidados del paciente.
26. Hacer anotaciones necesarias en el expediente clínico.

+++++

Figura 21

Unidad clínica del área de hospitalización.



Fuente: imagen tomada de <https://gotincc.blogspot.com/2017/11/unidad-del-paciente.html>

■ Cama cerrada – cama abierta

Cama cerrada. Es la técnica que se utiliza para vestir la cama que se encuentra vacía y se hace cuando el paciente egresa o la cama no está asignada a ningún enfermo (Loaiza, et. al., 2014).

Cama abierta. Es la técnica que se utiliza cuando el paciente está ingresando y puede deambular.

El objetivo de esta actividad es mantener la unidad limpia y confortable para el ingreso del paciente o su permanencia y contribuir a la estética del hospital. Antes de realizar el arreglo de la cama, se debe realizar la desinfección recurrente o desinfección terminal, según sea el caso.

Como precauciones, se debe evitar contactos entre la ropa de cama y su uniforme y entre la ropa de cama limpia y sucia. No sacuda las sábanas para tenderlas, ni coloque la ropa sucia en el piso. El equipo a utilizarse será:

- Sábana clínica (o superior).
- Sábana básica (o inferior).
- Movable o centro de cama.
- Funda.
- Carrito de ropa sucia o bolsa para ropa sucia.
- Equipo de desinfección.

El procedimiento a seguir se describe a continuación:

+++++	
Acciones	Principios
+++++	
1. Preparar el equipo y llevarlo al cubículo del paciente.	- El equipo completo ahorra tiempo y energía.
2. Lavarse las manos.	
3. Limpiar la mesa de noche y la silla según técnica.	- Evita infecciones cruzadas.
4. Colocar la silla al lado de la cama con el respaldo al nivel de la piecera de la cama.	
5. Quitar la funda y colocar la almohada encima de la silla.	- Los microorganismos se propagan por objetos y contacto directo entre las personas.
6. Colocar el equipo encima de la almohada, en	

orden de abajo hacia arriba, según se va a utilizar (funda, sábana superior, movable o centro, sábana inferior).

7. Aflojar y sacar por partes las sábanas sucias empezando por la cabecera, dejando sus bordes sobre la cama.

8. Doblar en forma de sobre, la ropa sucia, y depositarla en la bolsa de ropa sucia.

9. Realizar la desinfección correspondiente de la unidad según técnica.

10. Lavarse las manos.

11. Colocar la sábana superior con el doble central en la línea media del colchón, de tal forma que el dobladillo angosto quede al borde de la piecera y el ancho sobre el dobladillo angosto.

12. Desdoblar la sábana superior tomándola por el dobladillo ancho, llevándola a la cabecera de la cama y manteniéndola centrada con respecto al colchón.

13. Introducir en la cabecera del colchón el extremo sobrante de la sábana y doblar las esquinas en forma de triángulo.

14. Colocar el movable en el centro de la cama e introducir del lado derecho lo que cuelgue del mismo.

15. Colocar la sábana superior con el doblez central en la línea media del colchón, de tal forma que el dobladillo derecho quede al borde de la cabecera y el borde angosto sobre el dobladillo ancho.

16. Desdoblar la sábana tomándola por el dobladillo angosto y llévelo a la piecera de la cama.

17. Introducir el extremo sobrante bajo el colchón y haga las esquinas en forma de triángulo.

18. Pasar al lado derecho y haga lo mismo con

- El equipo en orden secuencial facilita la ejecución del procedimiento.

- Evita la diseminación de microorganismos.

- Elimina los microorganismos.

- Previene la diseminación de microorganismos y las infecciones cruzadas.

- La esquina con doblez triangular permite que la sábana quede mejor fijada al colchón.

- Facilita la movilización del paciente y evita el cambio constante en la ropa de cama.

cada pieza de ropa, iniciando por la cabecera de la cama, teniendo el cuidado de estirar la sábana inferior y el movable antes de introducirla bajo el colchón.

- La presencia de arrugas en la sábana interfiere en la comodidad del paciente y promueve la aparición de cizallamiento.

19. Pasar al lado derecho y coloque la almohada sobre la cama y dispóngase a vestirla.

20. Estirar y alisar la funda y colóquela en la cabecera de la cama con la apertura al lado opuesto de la puerta de la habitación o cubículo.

- Mantiene la estética de la unidad del paciente.

21. En cama abierta, la sábana superior se lleva a la piecera de la cama doblándose en forma de abanico.

22. En cama cerrada, la sábana superior queda totalmente tendida hasta la cabecera de la cama.

- Evita infecciones cruzadas.

23. Ordenar los objetos del paciente.

24. Lavarse las manos.

+++++

Figura 22

Arreglo de cama.



Cama abierta



Cama cerrada

Fuente: adaptación propia, Berríos (2024). <https://unsplash.com/es/s/fotos/tipos-de-tendido-de-camas-de-hospital>

■ Cama ocupada

Es la técnica que se utiliza para vestir la cama con el paciente acostado en ella (Loaiza, et. al, 2014). Su objetivo es contribuir con la higiene del paciente, como también brindar comodidad y confort al paciente. Esta debe realizarse cuando el paciente no es capaz de movilizarse.

Como precauciones se deben tomar en cuenta: si hay que bañar al paciente, hágalo antes de hacer la cama; realizar desinfección recurrente durante el procedimiento; evitar arrugas en la ropa de cama y evitar incomodidad al paciente. El equipo a utilizarse será:

- Sábana clínica (o superior).
- Sábana básica (o inferior).
- Movable o centro de cama.
- Funda.
- Carrito o bolsa para ropa sucia.
- Equipo de desinfección recurrente.

El procedimiento a seguir se describe a continuación:

+++++	
Acciones	Principios
+++++	
1. Preparar el equipo y llevarlo al cubículo del paciente.	- Ahorra tiempo y energía.
2. Explicar el procedimiento al paciente.	- Permite la colaboración del paciente.
3. Lavarse las manos.	- Evita infecciones cruzadas.
4. Colocar la silla a los pies de la cama según la técnica.	- El equipo completo ahorra tiempo y energía.
5. Sostener la cabeza del paciente y retirar la almohada.	- Sostener la cabeza evita la hiperextensión del cuello.
6. Quitar la funda y depositarla en la bolsa de la ropa sucia.	- El equipo en orden secuencial facilita la ejecución del procedimiento.
7. Colocar la almohada en la silla y sobre la misma la ropa limpia en el orden que se va a utilizar (almohada, funda, sábana clínica superior, centro de cama y sábana clínica inferior).	- La ropa de cama no debe arrastrar al piso, ya que indica desorden y facilita la diseminación de microorganismos.
8. Aflojar y sacar por partes la ropa sucia de	

cama, dejando sus bordes sobre el colchón, empezando por la cabecera.

9. Rotar al paciente hacia el lado opuesto de la cama con respecto a usted.

10. Doblar la sábana inferior y movable, en forma de abanico en dirección al paciente y limpiar el colchón.

11. Colocar la sábana inferior, limpiar de manera vertical sobre la cama, con el doblez central en medio de la cama y con los bordes libres hacia usted.

12. Deslizar la sábana de manera que el dobladillo angosto quede al borde de la piecera y el ancho al desdoblarse quede a la cabecera.

13. Tomar el borde superior e inferior de la sábana y doblarlo en forma de abanico hacia el paciente.

14. Introducir el extremo sobrante de la sábana en la cabecera debajo del colchón y doblar las esquinas en forma de triángulo.

15. Colocar el movable en el centro de la cama e introducir el sobrante bajo el colchón. El restante doblarlo en forma de abanico hacia el paciente.

16. Rotar al paciente hacia usted sobre la mitad de la cama ya arreglada, brindándole seguridad.

17. Cubrir al paciente con la sábana superior limpia.

18. Retirar la ropa sucia, doblándola sobre sí misma sin sacudirla y depositarla en la bolsa de la ropa sucia. Limpiar el colchón.

19. Extender la sábana y el movable limpios e introducir el extremo sobrante de la sábana en la cabecera debajo del colchón.

20. Hacer la esquina en forma de triángulo e introducir el sobrante de la sábana y movable por debajo del colchón.

- Rotar al paciente requiere menos esfuerzo que levantarlo o empujarlo.

- El doblez en abanico de la ropa de cama, facilita la técnica y movilización del paciente.

- La esquina con doblez triangular permite que la sábana quede mejor fijada al colchón.

- Permite comodidad al paciente y evita el cambio constante de la ropa de cama.

- Rotar al paciente requiere menos esfuerzo que levantarlo o empujarlo.

- Proporciona privacidad.

- Los microorganismos pueden diseminarse a través del aire.

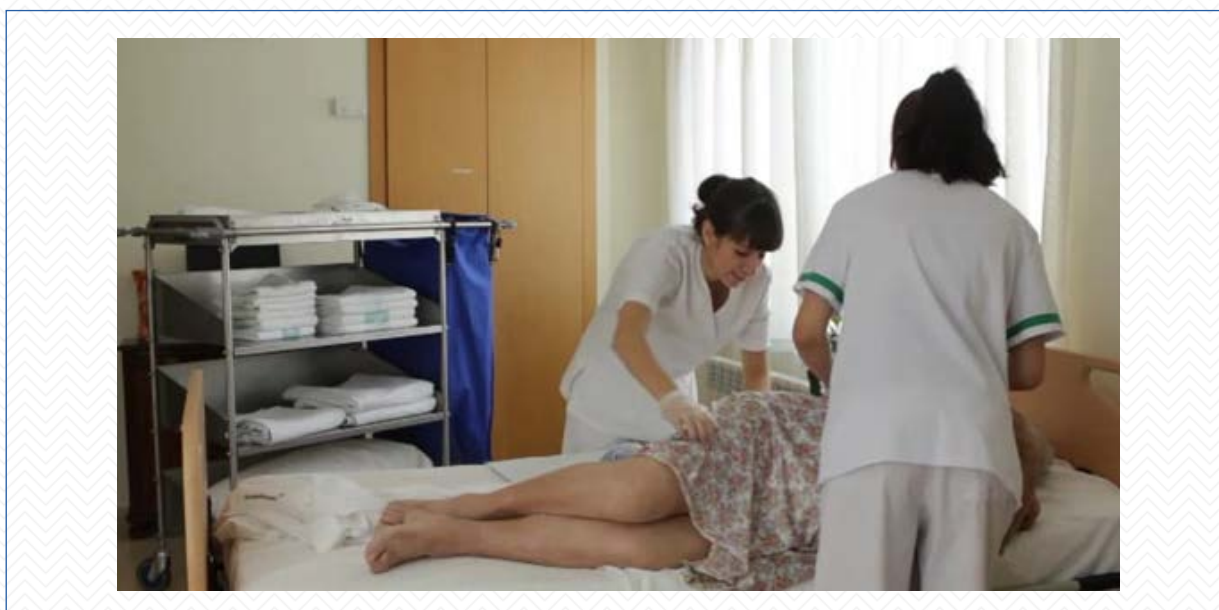
- La esquina con doblez triangular permite que la sábana quede mejor fijada al colchón.

21. Acomodar al paciente en el centro de la cama.
 22. Hacer un pliegue de 5cms. aproximadamente con la sábana superior a nivel de la piecera, e introducir el sobrante de la sábana superior debajo del colchón.
 23. Hacer un dobléz en la parte superior de la sábana.
 24. Poner la funda a la almohada y llévela a la cabecera de la cama.
 25. Levantar la cabeza del paciente con la mano dominante y colocar la almohada debajo de la cabeza del paciente.
 26. Dejar cómodo al paciente.
 27. Dejar el equipo limpio y en orden.
 28. Lavarse las manos.
 29. Hacer las anotaciones necesarias en el expediente clínico.
- El pliegue en la sábana superior permite movilidad de los pies, evitando presionar sobre los mismos.
 - La comodidad contribuye al bienestar físico y recuperación del paciente.
 - Protege el equipo evitando su deterioro.
 - Evita infecciones cruzadas.
 - Permite el seguimiento sistemático y oportuno de los cuidados del paciente.

+++++

Figura 23

Cama ocupada.



Fuente: imagen tomada de <https://images.app.goo.gl/GapfNkHSaHnFUihe7>

■ Cama post-anestésica

Es la cama que se prepara para recibir al paciente que ha sido sometido a intervención quirúrgica (Loaiza, et. al, 2014). Sus objetivos son ofrecer al paciente post-operado una cama segura y cómoda, además de facilitar el traslado del paciente de la camilla a la cama. Esta debe ser preparada para todo paciente que egrese del área quirúrgica.

Como precauciones hay que tener la cama o camilla brequeada y dejar la cama a una altura que facilite el traslado del paciente. El equipo a utilizarse será:

- Sábana clínica (o superior).
- Sábana básica (o inferior).
- Movable o centro de cama.
- Funda para la almohada.
- Riñonera.
- Papel higiénico.
- Pijamas.
- Toalla.
- Soporte o paral.
- Bolsa de papel.

El procedimiento a seguir se describe a continuación:

+++++	
Acciones	Principios
+++++	
1. Preparar el equipo y llévelo al cubículo del paciente.	- El equipo completo ahorra tiempo y energía.
2. Lavarse las manos.	- Evita infecciones cruzadas
3. Colocar la cama en posición horizontal.	
4. Realizar los pasos 11, 12, 13 y 14 desarrollados en la cama cerrada.	
5. Colocar la sábana superior sin fijarla a la piecera, y doblar la parte superior e inferior de la sábana hacia el centro de la cama.	- Facilita el procedimiento.

6. Tomar la parte colgante de la sábana superior del lado derecho y dóblela en forma de abanico hacia el lado izquierdo, procurando que el centro quede libre.
 - Facilita el traslado del paciente de la camilla a la cama.
7. Poner la funda en la almohada según técnica y colocarla en la cabecera de la cama.
 - Mantiene la estética de la unidad del paciente.
8. Doblar la toalla en forma de abanico y colocarla al lado de la almohada.
9. Colocar sobre el velador o mesa de noche: riñonera, papel higiénico y bolsa de papel.
 - Facilita la entrada de la camilla al momento de la llegada del paciente.
10. Colocar silla y paral a un lado de la cama.
11. Dejar en orden la habitación.
 - Evita infecciones cruzadas.
12. Lavarse las manos

+++++

Figura 24

Cama post-anestésica.



Fuente: imagen tomada de <https://images.app.goo.gl/m7QsNKtBQAtbJxz78>

CAPÍTULO IV

Medidas de seguridad



■ Lavado de manos

Es una norma higiénica que incluye la fricción mecánica de las manos con agua y jabón para eliminar microorganismos transitorios (Loaiza, et. al., 2014). Entre sus objetivos están: evitar la transmisión de gérmenes a los pacientes y al personal, disminuir y eliminar las infecciones nosocomiales y transmitir hábitos de higiene. Es así que se debe realizar el lavado de manos antes y después de todo procedimiento.

Como precauciones del lavado de manos se debe: mantener las uñas cortas para evitar acumulación de sucio y microorganismos; mantener cerrada la llave del grifo mientras no se utiliza agua, para evitar el desperdicio de esta; evitar el uso de prendas (anillos, pulseras, otros); utilizar jofaina (palangana) con agua en caso de no tener lavabos o lavamanos con agua potable; en caso que no haya toalla, mantenga sus manos hacia arriba para secar al aire.

El procedimiento a seguir se describe a continuación:

+++++	
Acciones	Principios
+++++	
1. Retirar las pulseras, relojes, anillos para dejar libre las manos.	- Todos los artículos de joyería albergan microorganismos patógenos transitorios.
2. Humedecer las manos con agua corriente de la llave y dejarla abierta.	- El agua corre por gravedad y permite que las bacterias fluyan.
3. Depositar en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos.	- Los microorganismos transitorios se eliminan por completo con el uso del jabón.
4. Frotarse las palmas de las manos entre sí.	
5. Frotarse la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.	- La fricción ayuda a distribuir el jabón por toda la superficie de las manos.
6. Frotarse las palmas de las manos entre sí con los dedos entrelazados.	- El uso del jabón contribuye al desprendimiento de bacterias.
7. Frotarse el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos, haciendo énfasis en las uñas.	- La fricción contribuye al desprendimiento de bacterias.
8. Frotarse con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.	- En las uñas se acumulan los microorganismos.
9. Frotarse la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda,	- Asegura que ambas manos se cubren con jabón y se desprendan las bacterias.

haciendo un movimiento de rotación y viceversa.

- El agua corre por gravedad y permite que las bacterias fluyan.

10. Enjuagarse las manos con abundante agua.

- Secar de lo más limpio a lo más sucio, evita la contaminación del área ya lavada.

11. Secarse las manos con una toalla desechable iniciando desde la punta de los dedos hacia la palma de la mano y la muñeca.

- Evita el contacto con áreas contaminadas.

12. Utilizar la toalla para cerrar el grifo.

+++++

Figura 25

Personal de enfermería realizando el lavado de manos clínico.



Fuente: imagen tomada de <https://images.app.goo.gl/LgkZLZV8bZbYqPmT8>

■ Colocación de guantes

Es la técnica a través de la cual se cubren las manos con material de látex para evitar el contacto directo con la piel y fluidos corporales del paciente. Sus objetivos son: crear barreras de protección entre el personal y el paciente, como también asegurar asepsia estricta al realizar procedimientos que requieran técnica estéril. Antes y después del uso de guantes se debe realizar el lavado de manos.

Como precauciones se debe: verificar que la envoltura de los guantes no esté húmeda ni perforada; mantener las manos enguantadas hacia arriba y a nivel de la vista; no tocar la piel con cualquier otro objeto que esté fuera del campo estéril. El equipo a utilizarse son guantes estériles o

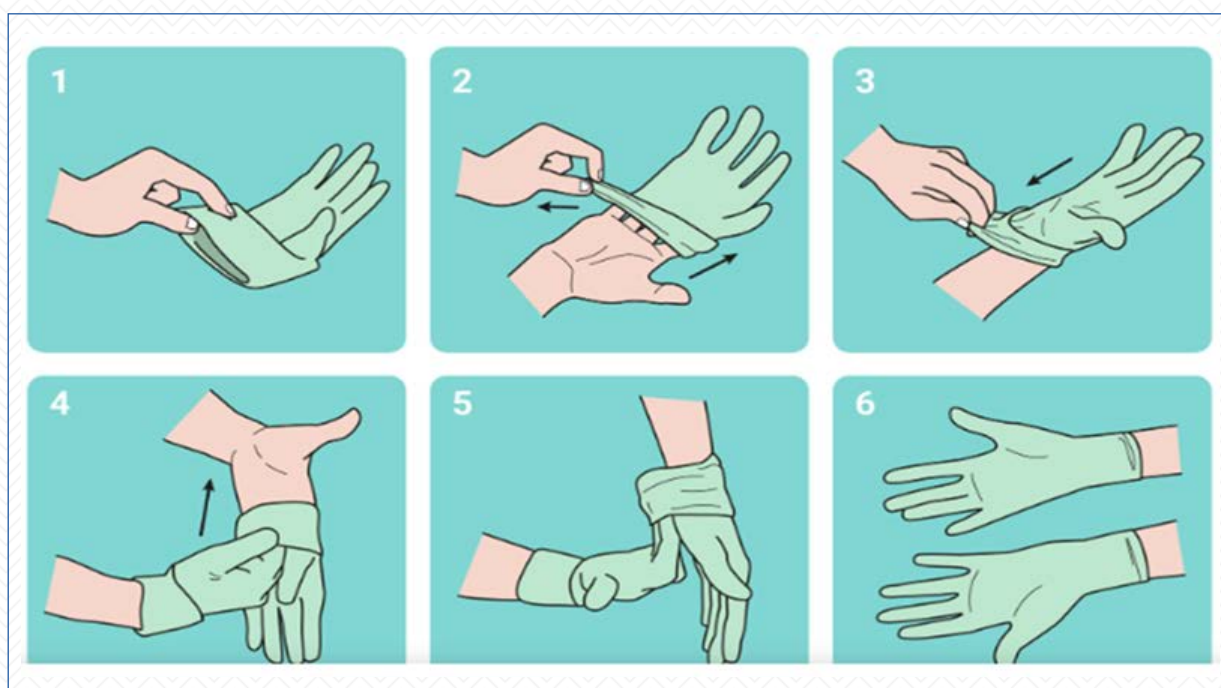
no estériles según sea el caso.

El procedimiento a seguir se describe a continuación:

+++++	
Acciones	Principios
+++++	
1. Realizar el lavado de manos según técnica.	- Evita transmisión de microorganismos.
2. Sacar los guantes del envoltorio externo.	
3. Colocar los guantes sobre una superficie limpia y seca.	
4. Tomar la carpeta o envoltorio interno por los bordes exponiendo los guantes.	- La humedad favorece el crecimiento de microorganismos.
5. Observar la ubicación de los guantes (derecho e izquierdo).	
6. Tomar con la mano izquierda el lado interno del guante derecho a nivel del puño, levantarlo y separarse de la mesa.	- Facilita la colocación de los guantes.
7. Introducir la mano derecha en el guante, abriendo un poco los dedos para que calcen en los dediles sin necesidad de tocar el guante. Estirar el guante para su ajuste correcto conservando el doblez de la muñeca.	- Un material se considera contaminado al entrar en contacto con otro que no lo está.
8. Introducir la mano enguantada en el doblez del guante izquierdo.	
9. Suspender el guante y alejarse de la mesa.	- Evita que las manos entren en contacto con la mano sin guante.
10. Introducir su mano izquierda en el guante y ajustarlo a los dedos.	
11. Colocar los dedos enguantados en la parte externa del doblez y desdoblar hacia arriba de la muñeca, hacerlo en ambas manos.	
12. Elevar ambas manos al nivel de la vista.	- Evita contacto con material no estéril.
+++++	

Figura 26

Pasos para la colocación de guantes con una técnica abierta.



Fuente: imagen tomada de <https://images.app.goo.gl/BVbyEP6fhdzANevz7>

■ Manejo de material estéril

Consiste en manipular en forma cuidadosa el material una vez esterilizado, a fin de evitar la contaminación de este (Loaiza, et. al, 2014). Entre los principales objetivos de este procedimiento están: mantener un margen de seguridad en la esterilización del material; mantener los objetos libres de microorganismos; evitar contaminación y propagación tanto por medio de contacto como del aire y conservar la esterilidad del material contenido en el paquete.

Es importante que todo material estéril que va a ser utilizado en el área quirúrgica debe llevar doble envoltura, además debe ir identificado con la cinta testigo. Como precauciones hay que alejarse del campo estéril al abrir el paquete, no hablar sobre el campo estéril a menos que lleve puesta una mascarilla y evite el manejo del material estéril sobre superficies no estériles. El equipo a utilizarse dependerá del tipo de procedimiento a realizarse. Por lo tanto, éste puede contener: gasas, cubetas, bandejas, lencería, entre otros.

El procedimiento a seguir se describe a continuación:

+++++

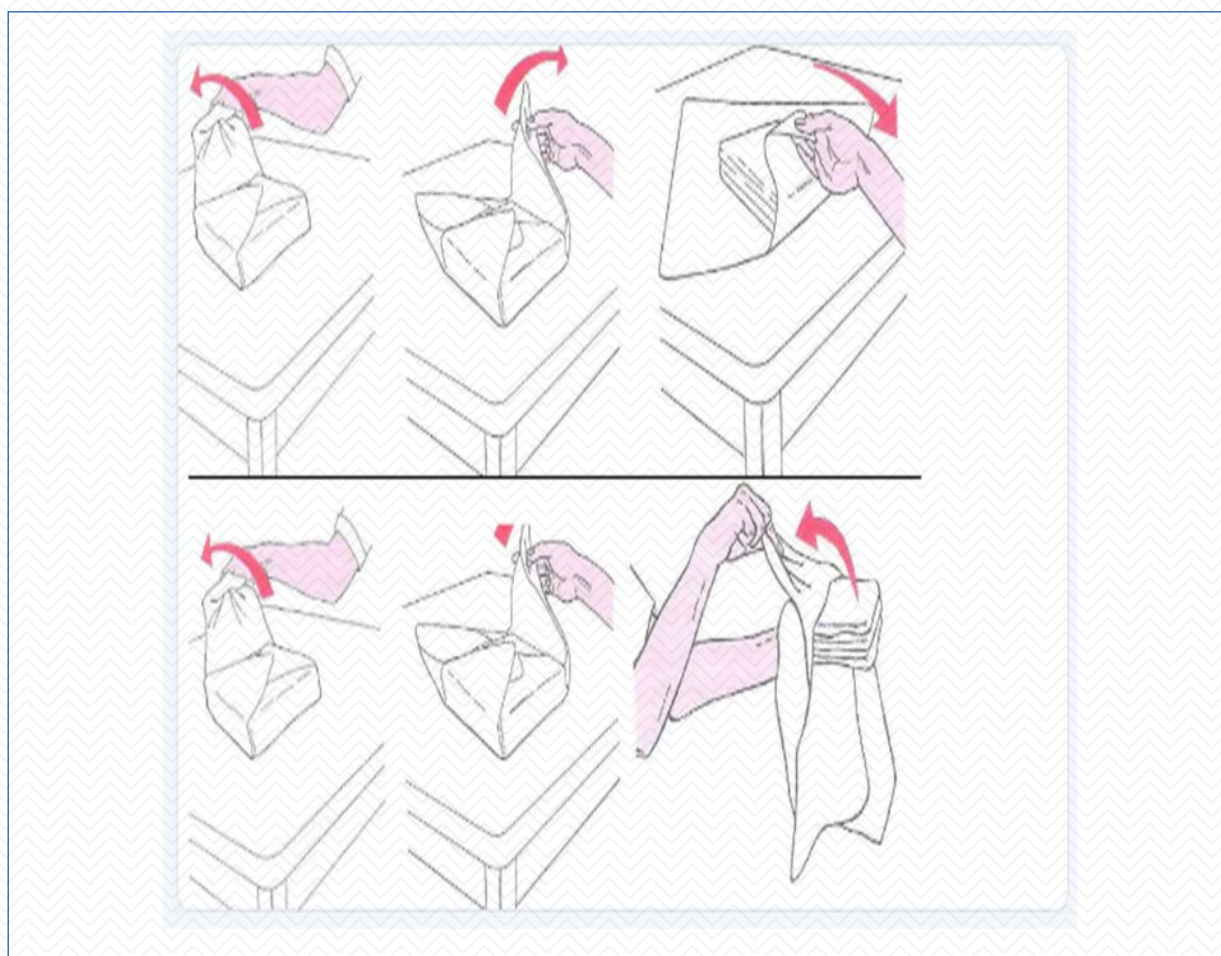
Acciones

Principios

+++++

- | | |
|--|--|
| 1. Seleccionar el material de acuerdo con el procedimiento. | - Ahorra tiempo y energía. |
| 2. Verificar la autenticidad de la esterilización a través de la cinta testigo. | - Asegura que el material a utilizar está esterilizado. |
| 3. Cerciorarse que el equipo no esté húmedo. | |
| 4. Lavarse las manos según técnica. | |
| 5. Colocar el paquete en una superficie limpia y seca. | - Los microorganismos viajan rápidamente a través de superficies húmedas, por lo cual todo equipo húmedo se considera contaminado. |
| 6. Quitar el testigo, tomar el primer ángulo por su lado exterior y desplazar hacia atrás, dejándolo caer suavemente en la mesa. | |
| 7. Tomar un ángulo lateral, halar hacia arriba y lateralmente dejarlo caer sobre la mesa. | - El lavado de manos elimina la flora transitoria. |
| 8. Tomar el otro ángulo lateral, halar hacia arriba y lateralmente dejarlo caer sobre la mesa. | - Se considera estéril sólo la parte interior del paquete. |
| 9. Tomar el último ángulo cercano a usted, halar hacia arriba y hacia afuera, dejándolo caer sobre la mesa. | |
| 10. Agregar a este campo cualquier otro material estéril requerido, aplicando la técnica descrita. | - Sólo el interior del paquete es considerado estéril. |

+++++

Figura 27*Técnica de manejo de material estéril.*

Fuente: imagen tomada de <https://images.app.goo.gl/sEudhLRxeSa7q69HA>

■ Cura de heridas

Es la técnica que se utiliza para eliminar los restos de exudado y de tejido necrótico presente en la herida (Loaiza, et. al, 2014). Sus objetivos son: disminuir la mayor parte de microorganismos que se acumulan, evitando contaminación e infección; fomentar la cicatrización de la herida; estimular la circulación y evitar el daño.

La cura de heridas debe hacerse diariamente, excepto que por indicación médica se indique lo contrario. En toda cura de heridas debe valorarse: localización de la herida, grado de evolución, tamaño, diámetros, profundidad, lecho de la herida, estado del tejido, exudado, cantidad y aspecto. También se debe tomar en cuenta el dolor, valoración subjetiva de 0 a 10, piel circundante, hiperqueratosis, maceración, signos de inflamación y signos de infección como exudado purulento, bordes rojos, fiebre, mal olor o evolución estacionada.

Como precauciones se debe: utilizar material estéril para cada paciente, realizar primero las curas de heridas asépticas, realizar la curación en horas alejadas de la alimentación del paciente y

evitar lesionar el tejido de granulación. El equipo a utilizarse será:

+++++

- Carro de curas con equipo de curas.

Riñonera.

- Impermeable.

Solución fisiológica.

- Campos estériles.

Solución antiséptica.

Guantes.

Agua oxigenada.

Apósitos.

Injectadora de 50 cc, si es necesario.

Gasas cortas y largas.

Vendas simples y elásticas.

+++++

El procedimiento a seguir se describe a continuación:

+++++

Acciones

Principios

+++++

1. Verificar indicación médica.

- Evita la confusión.

2. Preparar el equipo y trasladarlo al cubículo del paciente.

- El equipo completo ahorra tiempo y energía.

3. Lavarse las manos.

- Evita infecciones cruzadas.

4. Identificar al paciente y explicarle el procedimiento.

- Promueve la colaboración del paciente.

5. Colocar al paciente en posición adecuada y proteger la cama.

- Evita humedecer la cama del paciente.

6. Quitar lentamente el apósito sucio.

7. Observar en el apósito la cantidad, tipo, color y olor del exudado y desecharlo.

- Evita lastimar la herida.

8. Observar las condiciones de la herida.

- Permite valorar la evolución de la herida.

9. Lavarse las manos.

- Evita infecciones cruzadas.

10. Abrir el equipo de curación.

11. Colocar los guantes según técnica.

- El uso de guantes crea barrera protectora.

12. Solicitar ayuda para humedecer la gasa con solución antiséptica.
 - El uso de solución antiséptica disminuye la infección y favorece la restauración del tejido afectado.
13. Limpiar la herida iniciando del centro a la periferia las veces necesarias hasta que la herida quede limpia.
 - La limpieza de la herida del centro a la periferia disminuye la proliferación de bacterias.
14. Cubrir la herida con apósitos o gasas estériles.
15. Quitarse los guantes.
 - La comodidad contribuye al bienestar físico y recuperación del paciente.
16. Fijar las orillas del apósito a la piel con esparadrapo o adhesivo.
 - Protege al equipo evitando su deterioro.
17. Dejar cómodo al paciente.
 - Evita infecciones cruzadas.
18. Dejar el equipo limpio y en orden.
 - Evita infecciones cruzadas.
19. Lavarse las manos.
20. Hacer las anotaciones necesarias en el expediente clínico.
 - Permite el seguimiento sistemático y oportuno de los cuidados del paciente.

+++++

Figura 28

Colocación de apósito en una herida abdominal postoperatoria.



Fuente: imagen tomada de <https://images.app.goo.gl/9qY82h4gt6b6XsaBA>

■ Colocación de vendajes

Consiste en el uso de cintas de tela blanda o similar que se fijan en una zona lesionada del cuerpo con una finalidad específica (Loaiza, et. al, 2014). Cada técnica de vendaje ejerce una presión sobre la estructura anatómica vendada y actúa como una medida terapéutica para el paciente. Por ejemplo, en la Figura 29 se observan los pases secuenciales del vendaje en ocho a nivel de tobillo.

Figura 29

Técnica de vendaje en ocho.



Fuente: imagen tomada de <https://images.app.goo.gl/9EdQJmc9jc5KGxG56>

Los objetivos de colocar vendajes son: hacer presión y calor sobre un área determinada; limitar el movimiento de algún miembro lesionado; inmovilizar fracturas; fijar material de curación sobre una herida; comprimir várices y favorecer el retorno venoso. La colocación se la realiza según indicación médica.

Como precauciones se debe tener en cuenta que el vendaje debe ser aplicado sobre la región limpia. Este no debe producir dolor, ni debe ser muy voluminoso y debe quedar firme. El equipo a utilizarse será una bandeja conteniendo:

- Gasa simple.
- Venda elástica.
- Esparadrapo o adhesivo.
- Tijera.

- Algodón.

El procedimiento a seguir se describe a continuación:

+++++	
Acciones	Principios
+++++	
1. Verificar indicación médica.	- Evita la confusión.
2. Preparar el equipo y llevarlo al cubículo del paciente.	- El equipo completo ahorra tiempo y energía.
3. Explicar el procedimiento al paciente.	- Permite la colaboración del paciente.
4. Lavarse las manos.	
5. Colocarse frente al paciente.	- Evita infecciones cruzadas.
6. Colocar la parte que se va a vendar en posición fisiológica.	
7. Utilizar algodón para separar las zonas dérmicas adyacentes y proteger las prominencias óseas.	- Impide la deformidad del miembro, y evita la molestia fomentando la circulación en la parte afectada.
8. Sostener con la mano dominante la venda hacia abajo y con la mano no dominante el extremo inicial.	- La fricción y presión produce traumatismos en la piel.
9. Mantener la venda cercana a la parte que se va a vendar.	- Asegura tensión y presión uniforme.
10. Iniciar siempre el vendaje sobreponiendo encima de la vuelta inicial la venda.	- Proporciona apoyo al vendaje, evitando que se deslice.
11. Colocar la venda desde la parte distal a la proximal del paciente.	- Favorece el retorno venoso.
12. Hacer las anotaciones necesarias en el expediente clínico al finalizar el vendaje.	- Permite el seguimiento sistemático y oportuno de los cuidados del paciente.

+++++

El procedimiento genérico de vendaje se ajusta de acuerdo al tipo de vendaje que se decida aplicar. A continuación, en la Tabla 1 se describen los principales tipos de vendaje junto al procedimiento que caracteriza cada maniobra.

Tabla 1*Tipos de vendajes.***Circular**

Cada vuelta rodea y cubre a la anterior. Se emplea para fijar el inicio de un vendaje.

**Espiral**

Cada vuelta se une con la anterior. Se utiliza para envolver una región corporal larga y recta o de perímetro creciente.

**Espiral Invertida**

Se ancla al inicio y luego cambia de dirección a la mitad de cada vuelta espiral. Se usa para adaptarse como parte del cuerpo cuyo perímetro va en aumento.

**Espiga**

Aplica una mayor presión sobre la zona. La técnica inicia igual que el espiral, pero al culminar cada vuelta se realiza un doblez que permite un giro para superponer la venda en la zona anteriormente vendada.

**Forma de ocho**

Inicia por debajo de la articulación, luego se aplican varias vueltas ascendentes y descendentes alternas, describiendo la figura de un ocho. Se emplea para envolver o inmovilizar articulaciones.

**Recurrente**

Incluye una combinación de varios tipos de vueltas como: circular, espiral y espiral invertida. Se utiliza para vendar muñones o cabeza.



Fuente: imágenes obtenidas de <https://mx.pinterest.com/pin/615656211570166095>

CAPÍTULO V

Medidas de higiene y confort



■ Higiene bucal

Es la limpieza que se realiza a la cavidad bucal, la cual incluye el aseo de los dientes, lengua y encías (Loaiza, et al., 2014). Este tipo de aseo ayuda a disminuir la proliferación de bacterias, conservar dientes, encías y boca en buen estado, enseñar hábitos higiénicos y prevenir infecciones, además de evitar halitosis y caries dentales. Se sugiere cepillar los dientes después de cada comida, al acostarse, al levantarse o cuando sea necesario. En este sentido, se debe practicar lavado bucal a pacientes inconscientes tres veces al día y a todo paciente imposibilitado de hacerlo por sí mismo.

Como precauciones no se debe ejercer presión excesiva sobre el tejido de las encías. También, hay que retirar las prótesis dentales para limpiarlas por lo menos una vez al día (colocar la prótesis en lugar seguro). Si no se tiene cepillo dental se puede utilizar un bajalengua cubierto con gasas y agua bicarbonatada. En pacientes inconscientes se debe proveer de equipo de aspiración, además de una bandeja conteniendo:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Cepillo dental y dentífrico. - Vaso con agua. - Toallitas. - Espátulas. | <ul style="list-style-type: none"> - Bicarbonato de sodio. - Depresor forrado con gasas. - Gasas. - Riñonera. |
|--|---|

El procedimiento a seguir se describe a continuación:

Acciones	Principios
1. Preparar el equipo y llevarlo al cubículo del paciente.	- Ahorra tiempo y energía.
2. Identificar al paciente y explicarle el procedimiento.	- Evita errores y permite la colaboración del paciente.
3. Lavarse las manos.	
4. Colocar al paciente en posición semi- Fowler con la cabeza hacia el lado proximal.	- Evita infecciones cruzadas.
5. Si el paciente no puede sentarse o está inconsciente, se debe girar la cabeza hacia un lado.	- Permite un mejor drenaje de secreciones y soluciones.
6. Colocar la toalla debajo del mentón y sostenga la riñonera con la mano no dominante.	
7. Ofrecer al paciente cepillo dental o espátula forrada de gasa, con un poco de crema dental o bicarbonato, y cepille con movimientos de	- Evita la bronco aspiración de líquidos.

arriba hacia abajo en los dientes superiores y movimientos circulares sobre las muelas. Ofrecer agua tantas veces sea necesario.

8. Lavar el cepillo dental o cambiar la gasa del depresor las veces necesarias.

9. Solicitar al paciente que se enjuague la boca con agua limpia y que expulse el agua en la riñonera. En caso de no poder hacerlo, utilizar el equipo de aspiración o depresores con gasas para enjuagar la boca.

10. Secar al paciente con la toalla.

11. Dejar cómodo al paciente.

12. Dejar el equipo limpio y en orden.

13. Lavarse las manos.

14. Hacer las anotaciones necesarias en el expediente clínico.

- Evita humedecer la ropa del paciente.

- El cepillado elimina partículas de alimentos, da masajes a las encías y estimula la circulación.

- Evita contaminar la solución antiséptica y una mejor remoción de secreciones.

- El enjuague con agua limpia elimina residuos de solución antiséptica evitando la irritación de la mucosa.

- La comodidad contribuye al bienestar físico y recuperación del paciente.

- Protege el equipo evitando su deterioro.

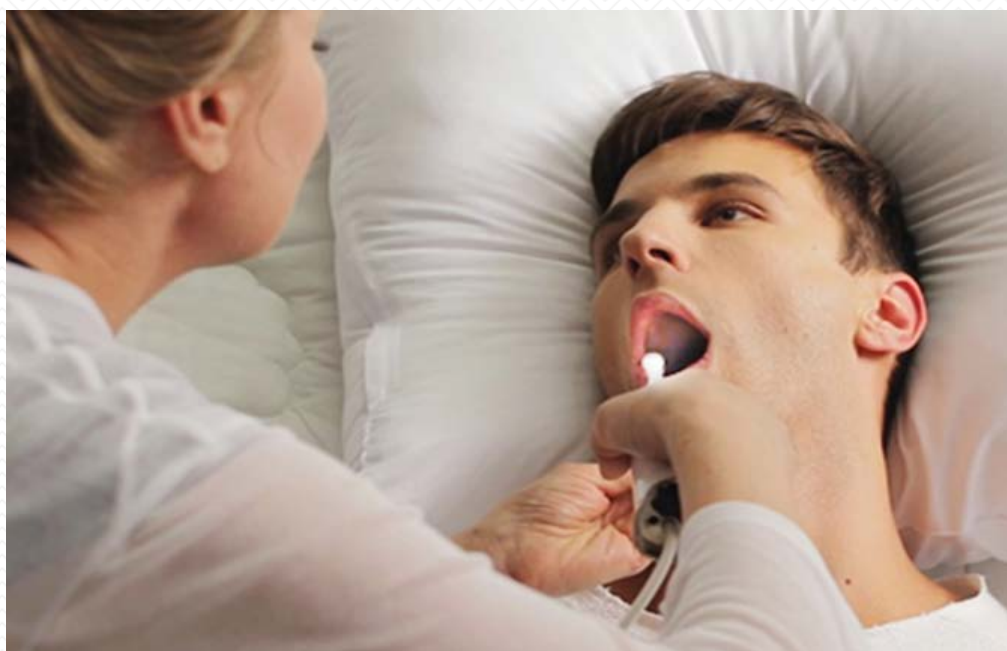
- Evita infecciones cruzadas.

- Permite el seguimiento sistemático y oportuno de los cuidados del paciente.

+++++

Figura 30

Aseo bucal al paciente.



Fuente: imagen tomada de <https://images.app.goo.gl/hcciyErPgsMq15ML6>

■ Champú en cama

Técnica de enfermería que consiste en asear el cuero cabelludo del paciente que por su estado de salud no puede realizarlo ni abandonar la cama (Loaiza, et. al, 2014). Sus objetivos son: promover y mantener hábitos de higiene personal; proporcionar al paciente comodidad y confort; estimular la circulación del cuero cabelludo; mejorar la apariencia y estado de ánimo del paciente. En este sentido se dará champú en cama a todo paciente encamado, previa valoración del estado general.

Como precauciones hay que evitar lesiones en el cuero cabelludo con las uñas o anillos, proteger al paciente de la humedad excesiva y mantener el agua a temperatura agradable. El equipo a utilizarse será:

- Jarra con agua.
- Peine.
- Toalla.
- Impermeable.
- Jofaina o lavacara.
- Champú.
- Silla.

El procedimiento a seguir se describe a continuación:

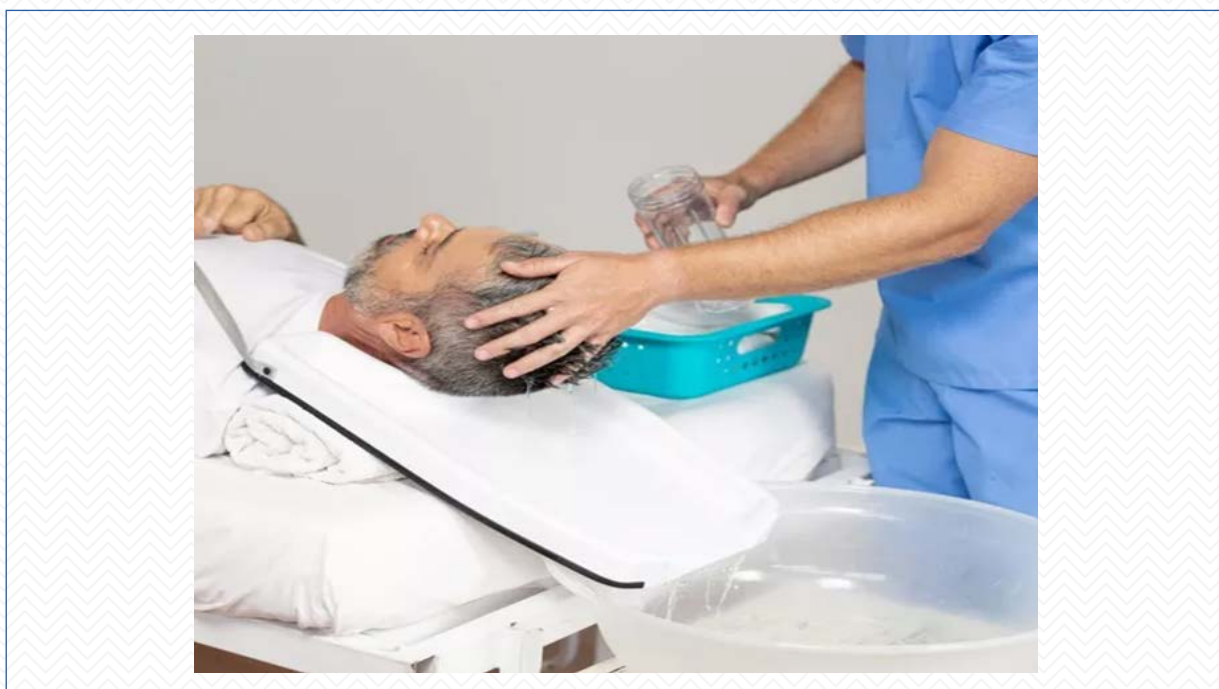
+++++	
Acciones	Principios
+++++	
1. Preparar el equipo y llevarlo al cubículo del paciente.	- Ahorra tiempo y energía.
2. Identificar al paciente.	-Evita errores.
3. Explicar el procedimiento al paciente.	- Permite la colaboración del paciente.
4. Lávese las manos.	- Evita infecciones cruzadas.
5. Colocar al paciente con la cabeza perpendicular al ángulo superior derecho de la cama.	- Disminuye el esfuerzo físico y facilita el procedimiento.
6. Colocar la silla junto a la cabecera de la cama.	- Evita que se humedezca la cama.
7. Colocar la toalla por debajo del nivel de hombros y cabeza del paciente.	- Evita que el agua se esparza.
	- Estimula la circulación.

8. Colocar el impermeable en forma de canal debajo de la cabeza del paciente.
 - Elimina residuos de champú, evitando la irritación del cuero cabelludo.
9. Colocar la jofaina sobre la silla e introduzca el impermeable restante dentro de la jofaina.
 - Evita enfriamientos.
10. Humedecer el cabello y aplique champú.
11. Masajear suavemente el cuero cabelludo.
 - Contribuye a la estética y comodidad del paciente.
12. Enjuagar cuantas veces sea necesario.
 - Protege el equipo evitando su deterioro.
13. Secar con la toalla el cabello.
14. Cepillar o peine el cabello del paciente.
 - La comodidad contribuye al bienestar físico y recuperación del paciente.
15. Dejar el equipo limpio y en orden.
16. Dejar cómodo al paciente.
 - Evita infecciones cruzadas.
17. Lavarse las manos.
 - Permite el seguimiento sistemático y oportuno de los cuidados del paciente.
18. Hacer las anotaciones necesarias en el expediente clínico.

+++++

Figura 31

Técnica de champú en cama.



Fuente: imagen tomada de <https://images.app.goo.gl/iSM1EKyxHn3tqLDK9>

■ Cura de pediculosis

Es la eliminación mecánica del parásito *pediculus capitis* a través de la aplicación de lociones y champú pediculicidas en el cuero cabelludo (Loaiza, et. al, 2014). Sus objetivos son: promover y mantener hábitos de higiene personal; eliminar los parásitos y liendres del cuero cabelludo; evitar la diseminación de parásitos de una persona a otra. Este tratamiento se debe realizar a todo paciente infectado con *pediculus capitis*.

Como precauciones hay que identificar y colocar aparte la ropa sucia e infectada, además de colocarse guantes, batas, para evitar la diseminación de los mismos. El equipo a utilizarse será una bandeja conteniendo:

- Champú para pediculosis.
- Peine.
- Toalla.
- Bata.
- Vaselina.
- Campos cerrados.
- Algodón.
- Equipo para lavado del cabello.

El procedimiento a seguir se describe a continuación:

+++++	
Acciones	Principios
+++++	
1. Preparar el equipo y llevarlo al cubículo del paciente.	- Ahorra tiempo y energía.
2. Identificar al paciente.	- Evita confusión y permite la colaboración del paciente.
3. Explicar el procedimiento al paciente.	- Evita infecciones cruzadas.
	- Esta posición facilita la aplicación del tratamiento.
4. Lávese las manos.	- Evita la diseminación de parásitos.
	- Evita que la solución medicamentosa irrite la piel de la cara.
	- Para evitar irritación de los ojos.

5. Colocar al paciente con la cabeza perpendicular al ángulo superior derecho de la cama.
 - Para evitar diseminación de microorganismos al personal de enfermería.
 - Asegura una mejor distribución de la solución.
6. Colocar la silla junto a la cabecera de la cama.
 - Asegura la eficacia del tratamiento.
7. Colocar la toalla por debajo del nivel de hombros y cabeza del paciente.
 - Al peinar el cabello, se eliminan los parásitos.
8. Colocar el impermeable en forma de canal debajo de la cabeza del paciente.
 - La comodidad contribuye al bienestar físico y recuperación del paciente.
9. Colocar la jofaina sobre la silla e introduzca el impermeable restante dentro de la jofaina.
 - Evita la diseminación de parásitos.
 - Protege el equipo evitando su deterioro.
10. Humedecer el cabello y aplique champú.
 - Evita infecciones cruzadas.
11. Masajear suavemente el cuero cabelludo.
 - Permite el seguimiento sistemático y oportuno de los cuidados del paciente.

+++++

Figura 32

Campaña para eliminar la pediculosis.



Fuente: imagen tomada de <https://colegiocheyde.com/pediculosis/>

■ Baño en cama

Técnica de enfermería que consiste en asear totalmente el cuerpo de un paciente que, por su estado de salud, no puede realizarlo por sí solo ni abandonar la cama (Loaiza, et. al, 2014). Sus objetivos son: promover y mantener hábitos higiénicos; observar signos patológicos en la piel y estado

general del paciente; activar la circulación periférica; ejercitar músculos y extremidades, proporcionar comodidad y confort; fortalecer la relación enfermera-paciente. Este baño debe realizarse a todo paciente encamado e imposibilitado de hacerlo por sí mismo.

Como precauciones, si el paciente presenta alteraciones durante el procedimiento suspender el baño e informar lo observado. Además, se debe descubrir al paciente lo menos posible para evitar enfriamientos. El equipo a utilizarse será:

+++++	+++++
- Toalla.	- Manopla.
- Jofaina.	- Toallitas.
- Jarra.	- Guantes limpios.
- Biombo.	- Equipo de aseo perineal.
- Jabón.	
+++++	+++++

El procedimiento a seguir se describe a continuación:

Acciones	Principios
1. Lavarse las manos.	- Evita infecciones cruzadas.
2. Explicar el procedimiento al paciente.	- Permite la colaboración del paciente.
3. Preparar el equipo y llevarlo al cubículo del paciente.	- El equipo completo ahorra tiempo y energía.
4. Colocar el biombo.	
5. Ofrecer el pato al paciente y ayudarlo en esta actividad si está imposibilitado de hacerlo por sí mismo.	- Proporciona privacidad.
6. Elevar la cama a la altura que le resulte cómodo trabajar.	- Evita el estiramiento excesivo de los músculos de la espalda.
7. Aflojar las sábanas empezando por la cabecera.	- Proporciona privacidad.
8. Retirar la ropa cubriendo al paciente con la sábana superior.	
9. Colocar la jofaina sobre el velador.	
10. Colocarse los guantes según técnica.	
11. Colocarse la manopla o toallita en la mano dominante de forma que los dedos queden	- Evita introducir secreciones en el canal lagrimal.
+++++	+++++

protegidos.

12. Iniciar el aseo por la cara, sin usar jabón (a menos que el paciente lo desee).

13. Lavar los ojos, del ángulo interno al externo.

14. Retirar los residuos de jabón.

15. Colocar la toalla debajo del brazo, enjabonar iniciando por la muñeca hacia el hombro y terminando en la axila, en forma circular.

16. Enjuagar y secar con movimientos circulares y firmes.

17. Sumergir la mano del paciente en la jofaina con agua y limpiar las uñas. Observar el color de las manos y los lechos ungueales al secarlas.

18. Cambiar el agua y lave el brazo derecho de igual manera.

19. Colocar la toalla sobre el tórax y abdomen y deslice la sábana hasta la región suprapúbica. Enjabone debajo de la toalla, desde la base del cuello hasta el abdomen.

20. Enjuagar y secar el tórax y abdomen. Observar respiración, distensión, hipersensibilidad abdominal.

21. Asegurarse que los pliegues estén secos y limpios en especial en mamas y ombligo.

22. Descubrir los miembros inferiores y coloque la toalla bajo los mismos. Indicar al paciente que flexione las piernas y lavarlas mediante movimientos circulares, que vayan desde el tobillo a la articulación de la cadera; enjuagar y secar.

23. Colocar el pie dentro de la jofaina, limpiar las uñas, lavar y secar, observando el estado y color de la piel.

24. Cambiar el agua y lavar la pierna contraria de

- Evita irritación a la mucosa.

- Los movimientos circulares estimulan la circulación venosa.

- Permite reactivar el sucio, ablandar las uñas y valorar la circulación periférica.

- El baño constituye una oportunidad para valorar el estado de la piel.

- El baño constituye una oportunidad para valorar el estado de la piel.

- El secado de los pliegues evita irritación de la piel por causa de la humedad.

- Los movimientos circulares remueven el sucio y estimulan la circulación periférica, aumentando el retorno venoso.

- Permite valorar la circulación periférica.

- La posición de Sims permite realizar con comodidad el procedimiento.

- Estimula la circulación y promueve la relajación y evita úlceras por decúbito.

+++++
igual forma.

25. Colocar al paciente en posición de Sims para lavar la espalda y glúteos, colocando la toalla a lo largo de la espalda y glúteos; enjabonar, enjuagar y secar bien con movimientos circulares.

- Reduce la transmisión de microorganismos y evita infecciones cruzadas.

26. Darle masajes al paciente en espalda y región sacra con movimientos circulares.

- La comodidad contribuye al bienestar físico y recuperación del paciente.

27. Para realizar el aseo genital: colocar al paciente en posición decúbito dorsal, ubicando la jofaina sobre la toalla al lado del paciente (si es de sexo masculino). Si es de sexo femenino, coloque pato o chata.

- Protege el equipo evitando su deterioro.

28. Lavar y secar la región genital.

29. Si el paciente puede hacerlo, dejar los objetos a su alcance, para que realice el aseo por sí mismo.

30. Lavar las manos al paciente, en caso de haberse realizado él mismo el aseo genital.

- Evita infecciones cruzadas.

31. Arreglar la cama según técnica.

32. Aplicar desodorante, vestir, peinar y dejar cómodo al paciente.

- Permite el seguimiento sistemático y oportuno de los cuidados del paciente.

33. Dejar el equipo limpio y en orden.

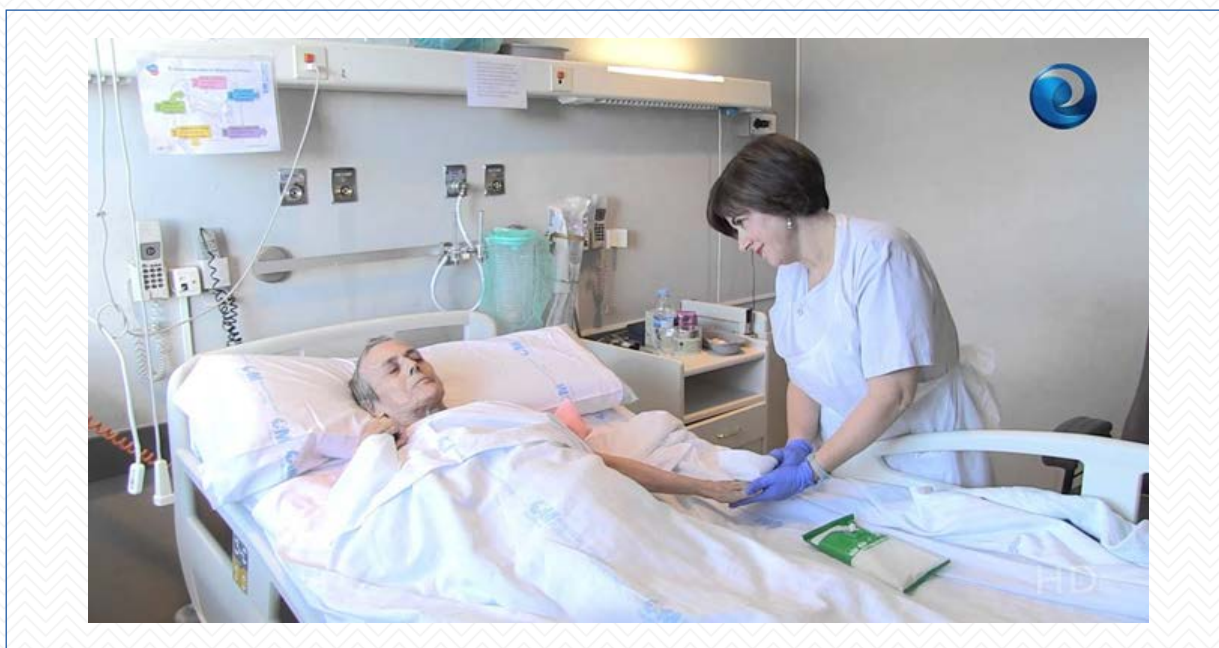
34. Lavarse las manos.

35. Hacer las anotaciones necesarias en el expediente clínico.

+++++

Figura 33

Enfermera realizando el baño en cama a un paciente.



Fuente: imagen tomada de <https://images.app.goo.gl/ra1fxr3FwdnySsyh8>

■ Aseo perineal

Es la higiene que se realiza a los genitales femeninos y masculinos (Loaiza, et. al, 2014). Sus objetivos son conservar limpia la región perineal, disminuir el riesgo de contaminación y prevenir infecciones posteriores a cirugías ginecológicas. Este aseo se realizará a todo paciente que va a ser sometido a procedimientos ginecológicos o que no puede realizarse el aseo por sí mismo.

Como precauciones indicar al paciente que orine antes de realizar el procedimiento. El equipo para utilizarse en el aseo perineal debe estar limpio. En caso de heridas y suturas, no utilizar torundas de algodón. En caso de heridas y suturas en la zona, se debe secar por presión y no frotar. El equipo a utilizarse será una bandeja conteniendo:

- Jarra con agua tibia.
- Solución jabonosa.
- Gasas.
- Bidet.
- Pinza de aro.
- Guantes.

- Bolsa de papel.

El procedimiento a seguir se describe a continuación:

+++++	
Acciones	Principios
+++++	
1. Preparar el equipo y llevarlo al cubículo del paciente.	- Ahorra tiempo y energía.
2. Lavarse las manos.	- Evita infecciones cruzadas.
3. Identificar al paciente y explicarle el procedimiento.	
4. Colocar el biombo.	- Permite la colaboración del paciente
5. Indicar al paciente que adopte la posición ginecológica, colocar el bidet, ayudarle si es necesario.	- Proporciona privacidad al paciente.
6. Colocarse al lado derecho y frente a la cara de la paciente, si es derecho y viceversa si es zurdo.	- Facilita el procedimiento.
7. Separar ampliamente las piernas de la paciente y observar características de la región vulvo-perineal (secreciones, color, olor, turgencia, entre otros).	- Permite la valoración del área genital.
8. Verter agua tibia sobre la vulva.	
9. Humedecer las torundas de algodón o gasa con solución jabonosa o solución indicada, tomando las mismas con la pinza de aro.	- Favorece la vasodilatación y proporciona alivio.
10. Iniciar la limpieza de arriba hacia abajo en dirección al periné y descartar la gasa o algodón en la bolsa de papel.	- Evita la contaminación de la región vulvar de residuos fecales.
11. Continuar con los labios mayores y menores, terminando en la entrada vaginal, limpiando con una torunda cada vez.	
12. Verter agua tibia sobre la vulva hasta eliminar la solución jabonosa de los genitales.	- Evita la irritación de piel y mucosas.

+++++

- +++++
13. Secar con gasa o algodón presionando la región en dirección al ano. - Proporciona comodidad y confort.
14. Retirar el bidet y secar los glúteos.
15. Colocar toalla sanitaria si es necesario y dejar cómoda a la paciente. - Conserva la cama seca y fomenta la comodidad.
16. En caso de pacientes de sexo masculino: indicarle que adopte la posición supina. - Evita el desorden y deterioro del equipo.
17. Colocar el bidet y humedecer los genitales. - Evita infecciones cruzadas.
18. Tomar el pene, retraer el prepucio y lavar con agua y jabón.
19. Aplicar jabón en el área del pubis, testículos y ano, lavar y secar. - Permite el seguimiento sistemático y oportuno de los cuidados del paciente.
20. Limpiar el equipo y dejarlo en su lugar.
21. Lavarse las manos.
22. Hacer las anotaciones necesarias en el expediente clínico.
- +++++

Figura 34

Bandeja con equipo para el aseo perineal.



Fuente: imagen tomada de <https://images.app.goo.gl/ra1fxr3FwdnySsyh8>

■ Masajes

Consiste en la aplicación del movimiento en forma de presiones, tracciones, percusiones y vibraciones realizados sobre los tejidos sin el desplazamiento segmentario corporal, manual o instrumental con finalidad terapéutica (Loaiza, et. al, 2014). Sus objetivos son fomentar la relajación del paciente, estimular la circulación sanguínea, valorar el estado de la piel, prevenir úlceras de decúbito y liberar de la tensión al paciente (efecto sedante).

En este sentido, se debe realizar masaje a todo paciente encamado. Al aplicar masajes, se deben utilizar cremas emolientes. Sin embargo, hay que verificar si el masaje está contraindicado. Como precauciones, no se debe aplicar masajes sobre áreas enrojecidas o lesionadas ni en personas con trastornos vasculares. El equipo a utilizarse será:

- Toallas.
- Cremas y lociones.

El procedimiento a seguir se describe a continuación:

+++++	
Acciones	Principios
+++++	
1. Lavarse las manos.	- Evita infecciones cruzadas.
2. Identificar al paciente y explicarle el procedimiento.	
3. Ayudar al paciente a colocarse en el lado de la cama más próximo a usted.	
4. Colocar al paciente en posición prona. De no ser posible, colocarlo en decúbito dorsal.	- Permite la colaboración del paciente.
5. Descubrir la espalda desde los hombros hasta la región sacra.	
6. Verter sobre sus manos la crema o loción indicada o preferida por el paciente.	
7. Según el tipo de masaje, realizar tal como se indica:	- El equipo completo ahorra tiempo y energía.
Golpeteo: con el borde de la mano del dedo meñique se aplican movimientos bruscos y secos.	
Petrissage: con ambas manos, utilizando los dedos	
	- Proporciona privacidad.
+++++	

+++++

índice y pulgar, amasar la mitad de la espalda y parte alta del brazo, iniciando desde la región sacra y avanzando hacia el hombro.

- Evita el estiramiento excesivo de los músculos de la espalda.

Fricción: con movimiento circular de ambas manos hacia adentro, aplicar el masaje desde la región sacra hasta los hombros. Después con movimientos suaves regresar a la región inicial.

Effleurage a tres manos: se inicia en la base del cuello con una mano y se mueve hacia la cara lateral del hombro con movimiento liso, con la otra mano iniciar masaje en cara lateral del hombro hacia la base del cuello.

- Proporciona privacidad.

8. Realizar masaje sobre prominencias óseas (escápulas y sacro) suavemente.

9. Valorar el estado de la piel.

10. Dejar cómodo al paciente.

11. Lavarse las manos.

- Evita introducir secreciones en el canal lagrimal.

12. Hacer las anotaciones necesarias en el expediente clínico.

+++++

Figura 35

Masaje en zona dorsal de la espalda.



Fuente: imagen tomada de <https://images.app.goo.gl/z9R7FGBB95svz5Qk6>

CAPÍTULO VI

Técnicas de transporte



■ Traslado de pacientes

Es la transferencia del paciente de un lugar a otro. Sus objetivos son facilitar el traslado del paciente fuera de la unidad, ayudar a satisfacer la necesidad de movimiento, suplir su limitación, proporcionar seguridad y bienestar al paciente durante su traslado. Este procedimiento se debe realizar en todo paciente que no puede hacerlo por sí solo o lo hace en forma limitada.

Como precauciones se debe: valorar el estado de salud y limitaciones del paciente antes de movilizarlo; solicitar ayuda en caso necesario; fijar sondas, manteniendo permeabilidad (según el caso); evitar tirones y enredos.

■ Traslado de la cama a la camilla

Es la transferencia del paciente de la cama a la camilla. El equipo a utilizarse será la camilla y la sábana.

El procedimiento a seguir se describe a continuación:

+++++	
Acciones	Principios
+++++	
1. Identificar al paciente y explicarle el procedimiento.	- Evita errores y permite la colaboración del paciente.
2. Colocar al paciente en posición decúbito supino.	- Facilita el traslado del paciente a la camilla.
3. Poner la camilla paralela a la cama.	- Evita accidentes.
4. Frenar la camilla.	
5. Pedir al paciente que pase a la camilla, deslizándose sin levantarse.	- Deslizar requiere menos esfuerzo que levantar, porque no implica un movimiento contrario a la gravedad.
6. En caso que el paciente no pueda movilizarse, pasarlo entre cuatro (4) personas utilizando la sábana inferior.	
7. Subir las barandas de la camilla; cubra al paciente.	- La comodidad contribuye al bienestar físico y recuperación del paciente.
8. Dejar cómodo al paciente.	
9. Hacer las anotaciones necesarias en el expediente clínico.	- Permite el seguimiento sistemático y oportuno de los cuidados del paciente.
+++++	

Figura 36

Personal realizando el traslado de un paciente de la camilla a la cama.



Fuente: imagen tomada de <https://images.app.goo.gl/S4Bkbsb8XPYPCu7Z8>

■ *Traslado de la cama a la silla de ruedas*

Es la transferencia del paciente de la cama a la silla de ruedas (Loaiza, et. al, 2014). El equipo a utilizarse será:

- Silla de ruedas.
- Sábana.
- Escabel.

El procedimiento a seguir se describe a continuación:

+++++	
Acciones	Principios
+++++	
1. Identificar al paciente y explicarle el procedimiento.	- Evita errores y permite la colaboración del paciente.
2. Colocar la silla junto a la cama con el respaldo a nivel de la piñera.	
+++++	

+++++

3. Colocar la sábana sobre la silla.

4. Fijar la silla para que no se deslice y doblar hacia afuera el apoyo de los pies.

- Esta posición permite que el paciente se adapte gradualmente a los cambios posturales.

5. Colocar al paciente en posición de Fowler a la orilla de la cama con las piernas colgadas.

- Permite detectar alteraciones.

6. Observar el estado general del paciente.

7. Tomar al paciente por la cintura e indicar que apoye las manos sobre la orilla de la cama.

- Protege al paciente contra lesiones mecánicas.

8. Ayudar al paciente a deslizarse a la orilla de la cama, deslizando los pies hacia el piso atrayéndolo hacia usted.

- Deslizar requiere menos esfuerzo que levantar.

9. Girar ambos hacia la silla, manteniendo el contacto de una de sus rodillas con una de las rodillas del paciente.

- El esfuerzo que se requiere para mover un cuerpo, depende de la resistencia del cuerpo y la fuerza de gravedad.

10. Ayudarlo a bajar hacia la silla flexionando las caderas y rodillas.

11. Asegurarse que el paciente haya quedado apoyado en el respaldo de la silla.

- Servirse del peso propio contrarresta el peso del paciente y requiere menos energía en el movimiento.

12. Cubrir las piernas con la sábana.

+++++

Figura 37

Traslado del paciente de la cama a la silla de ruedas.



Fuente: imagen tomada de <https://images.app.goo.gl/gk34p5QrwDw9x91d6>

CAPÍTULO VII

Asistencia respiratoria



■ Ejercicios respiratorios

Son los movimientos coordinados y eficientes de los músculos que intervienen en el proceso de la respiración (Loaiza, et al., 2014). Sus objetivos son: conseguir la máxima expansión pulmonar, promover la utilización de las fuerzas musculares, incrementar la ventilación de zonas hiperventiladas del pulmón, facilitar la movilidad de determinadas áreas pulmonares, recuperar la movilidad de la musculatura que interviene en la respiración y facilitar la expulsión de secreciones. Es fundamental que a todo paciente que va ser sometido a cirugías de abdomen o tórax se le enseñe en el preoperatorio como hacer los ejercicios que deberá realizar en el postoperatorio.

Como precauciones se debe incentivar al paciente a mantenerse relajado. Los ejercicios han de realizarse lentamente. La atención del paciente ha de estar fija en el movimiento que realice. El paciente debe adoptar posiciones lo más confortable posible. El equipo a utilizarse será:

- Almohadas
- Cojines

El procedimiento a seguir se describe a continuación:

■ Respiración diafragmática o abdominal

Acciones		Principios	
1. Identificar al paciente.		- Evita errores.	
2. Explicar el procedimiento al paciente.		- Permite la colaboración del paciente.	
3. Lavarse las manos.		- Evita infecciones cruzadas.	
4. Colocar al paciente en posición semi-Fowler.		- La posición semi-Fowler facilita la utilización de las fuerzas, lográndose una máxima expansión torácica.	
5. Flexionar las rodillas, apoyándose sobre una almohada.		- Promueve la relajación de los músculos abdominales, facilitando la movilidad diafragmática.	
6. Indicar al paciente que durante la inspiración no presione el abdomen.		- Facilita el descenso del diafragma y por tanto la entrada de aire en los pulmones.	
7. Indicar al paciente que, durante la espiración, retraiga el abdomen y ejerza con la almohada y ambas manos presión sobre él mismo.		- Ayuda a elevar el diafragma, disminuyendo la capacidad pulmonar.	
8. En caso de pacientes imposibilitados para movilizarse, colocar sus manos sobre las caras			

- laterales de la porción baja del tórax, al tiempo que solicita al paciente que inspire lentamente.
9. Solicitar al paciente que expulse lentamente el aire por la boca, a la vez presionar con ambas manos las caras laterales de la porción baja del tórax hacia abajo y hacia adelante.
10. Dejar cómodo al paciente.
11. Lavarse las manos.
12. Hacer las anotaciones necesarias en el expediente clínico.
- La presión ejercida sobre las caras laterales de la porción baja del tórax facilita la utilización de las fuerzas musculares.
 - Promueve la utilización de los músculos accesorios del tórax.
 - La comodidad contribuye al bienestar físico y recuperación del paciente.
 - Evita infecciones cruzadas.
 - Permite el seguimiento sistemático y oportuno de los cuidados del paciente.

■ *Tos asistida*

Acciones	Principios
1. Identificar al paciente.	- Evita errores.
2. Explicarle el procedimiento al paciente.	- Permite la colaboración del paciente.
3. Lavarse las manos.	- Evita infecciones cruzadas.
4. Colocar al paciente en posición de Fowler (50-60 grados).	- Promueve la relajación de los músculos abdominales, facilitando la movilidad diafragmática y ayuda a elevar el diafragma, disminuyendo la capacidad pulmonar.
5. Flexionar las rodillas del paciente y apóyelas sobre una o dos almohadas.	- Disminuye la cavidad torácica, facilitando la salida rápida del aire.
6. Colocarse frente al paciente y situar sus manos extendidas sobre las últimas costillas en su porción anterolateral, ejerciendo presión en la zona.	- Las compresiones bruscas y repetidas aumentan la presión intratorácica simulando la tos fisiológica.
7. En pacientes que se le dificulten las inspiraciones profundas y la tos, coloque sus manos sobre la base del tórax, realizar compresiones bruscas y repetidas.	- La comodidad contribuye al bienestar físico y recuperación del paciente.
8. Dejar cómodo al paciente.	- Evita infecciones cruzadas.

9. Lavarse las manos.

- Permite el seguimiento sistemático y oportuno de los cuidados del paciente.

10. Hacer las anotaciones necesarias en el expediente clínico.

■ Drenaje postural

Técnica que facilita la expulsión de las secreciones de los segmentos pulmonares a través del uso de posiciones específicas y por acción de la gravedad (Loaiza, et al., 2014). Sus objetivos son: fomentar la limpieza eficaz de vías respiratorias, facilitar la salida de secreciones del pulmón hacia la tráquea, promover el drenaje de zonas específicas del pulmón, permitir la utilización de la gravedad disminuyendo el gasto de energía en el paciente. Este procedimiento debe realizarse a todo paciente con presencia de secreciones en el árbol traqueo-bronquial e incapacitado de expulsarlas por sí solo.

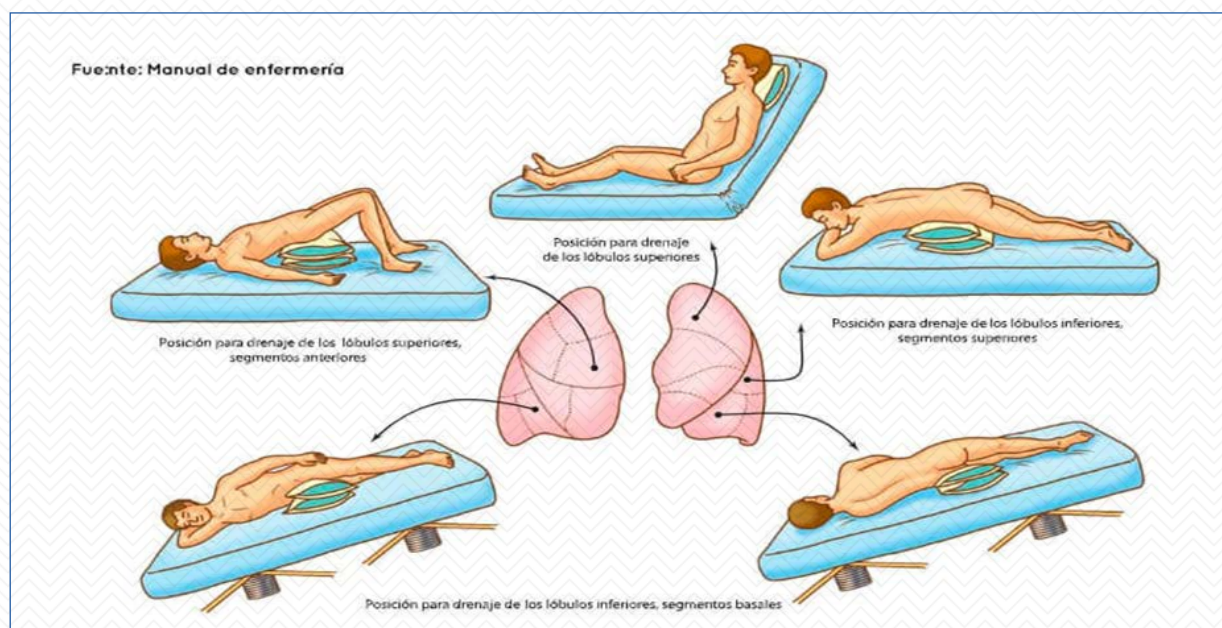
Como precauciones se debe: realizar el drenaje en horas alejadas de las comidas; observar frecuentemente al paciente en busca de posibles síntomas de complicaciones; indicar al paciente que respire profundamente y tosa, antes y mientras mantenga cada posición; mantener cada posición de drenaje de 5 a 10 minutos; si su patología lo permite, aplicar las técnicas de percusión y vibración en cada posición de drenaje. El equipo a utilizarse será:

- Almohadas, cojines.
- Equipo de aspiración.
- Bandeja con riñonera, bolsa de papel, servilletas, sondas de Nélaton y recipiente para muestra, en caso de que se requiera.

El procedimiento a seguir se describe a continuación:

Acciones	Principios
1. Identificar al paciente y explicarle el procedimiento.	- Evita errores.
3. Realizar examen físico del patrón respiratorio.	- Proporciona información acerca de la posición a emplearse y segmento pulmonar a drenar.
4. Preparar el equipo y llevarlo al cubículo del paciente.	- Ahorra tiempo y energía.
5. Lavarse las manos.	- Evita infecciones cruzadas.
6. Proteger la intimidad del paciente.	- Proporciona seguridad psicológica.
7. Colocar al paciente en las siguientes posiciones según sea el caso:	- Drena los segmentos basales posteriores de los lóbulos inferiores.
	- Drena los segmentos basales laterales de los lóbulos inferiores.

+++++	
Posición prona: con las almohadas debajo del tórax.	- Drena los segmentos basales anteriores de los lóbulos inferiores.
Posición lateral izquierdo.	- Drena los segmentos superiores de los lóbulos inferiores.
Posición lateral derecho.	- Drena los segmentos medial y lateral del lóbulo medio.
Posición prona: con las almohadas debajo de las caderas.	- Drena los segmentos medial y lateral del lóbulo medio izquierdo.
Posición lateral izquierdo: con las almohadas debajo de la cabeza.	- Drena los segmentos anteriores de los lóbulos superiores.
Posición lateral derecho: con las almohadas debajo de la cabeza.	- Drena el segmento apical del lóbulo superior derecho y el subsegmento apical del lóbulo superior izquierdo.
Posición supina: con las almohadas debajo de las rodillas.	- Drena el segmento posterior del lóbulo superior derecho y el subsegmento posterior del lóbulo superior izquierdo.
Posición de Fowler: flexionando el cuerpo y apoyando la espalda sobre la almohada.	- Permite observar características de las secreciones.
Posición Fowler modificada: flexionando el cuerpo sobre la almohada hacia adelante.	- Permite valorar la evolución del paciente.
8. Solicitar al paciente que tosa y expectore en la riñonera.	- Evita su deterioro.
9. Realizar higiene bucal según técnica.	- Evita infecciones cruzadas.
10. Dejar cómodo al paciente.	- Permite el seguimiento sistemático y oportuno de los cuidados del paciente.
12. Dejar el equipo limpio y en orden.	
13. Lavarse las manos.	
14. Hacer las anotaciones necesarias en el expediente clínico.	
+++++	

Figura 38*Posiciones durante el drenaje postural.*

Fuente: imagen tomada de <https://images.app.goo.gl/FHHnUx9kQC3s6gTV9>

■ Aspiración de secreciones

Es la extracción de las secreciones de los bronquios principales. Para ello, se utilizan catéteres conectados a un sistema de vacío que genera una acción mecánica de succión sobre el árbol bronquial principal. Entre sus objetivos principales están: mantener vías aéreas permeables; fomentar el intercambio óptimo de oxígeno y dióxido de carbono entre los pulmones y el exterior; prevenir la neumonía que surge como consecuencia de la acumulación de secreciones. Para realizar este procedimiento debe existir una indicación estricta y firmada.

Como precauciones hay que aplicar técnicas asépticas; no aspirar por más de 10 segundos; administrar oxígeno antes y después de aspirarlo si el paciente no puede hacerlo por sí solo; asegurarse del funcionamiento del equipo; cambiar sonda y soluciones en cada turno de trabajo o cuando sea necesario. Si hay necesidad de aspirar por diferentes vías, utilizar soluciones y sondas para cada vía (rotularlas). Es importante enjuagar la sonda con solución estéril antes de aspirar al paciente; antes de introducir la sonda se debe bloquear la aspiración. El equipo a utilizarse será una bandeja conteniendo:

- | | |
|---|-------------------------|
| +++++ | |
| - Solución salina o agua desmineralizada. | - Guantes estériles. |
| - Sondas de Nélaton o de succión. | - Gasa. |
| | - Aparato de aspiración |
| +++++ | |

El procedimiento a seguir se describe a continuación:

+++++	
Acciones	Principios
+++++	
1. Verificar indicación médica.	- Evita errores.
2. Preparar el equipo y llevarlo al cubículo del paciente.	- Ahorra tiempo y energía.
3. Identificar al paciente y explicarle el procedimiento.	- Permite la colaboración del paciente.
4. Lavarse las manos.	- Evita infecciones cruzadas.
5. Colocar el equipo sobre el velador o mesa de noche.	- Permite la expansión pulmonar.
6. Colocar al paciente si está consciente en posición semi-Fowler si su condición lo permite.	- Esta posición ayuda a contrarrestar la influencia de la gravedad, evitando la broncoaspiración.
7. Colocar al paciente inconsciente en posición supina con la cabeza vuelta hacia usted.	- La tos ayuda a movilizar las secreciones, la respiración previene la hipoxia y la reduce al mínimo.
8. Incentivar al paciente (consciente) a que tosa e inspire profundamente y con lentitud varias veces antes de iniciar la aspiración.	- Evita la entrada de bacterias a las vías respiratorias.
9. Abrir el paquete de la sonda estéril, colocarse los guantes y mantener la esterilidad de la mano dominante.	- Un objeto estéril deja de serlo cuando entra en contacto con un objeto no estéril.
10. Sacar la sonda estéril de su envoltorio y conservar la sonda enrollada en la mano dominante.	- Permite probar el aspirador, enjuagar y lubricar la sonda, facilitando el paso de las secreciones a través de ella.
11. Con la mano no dominante tomar el tubo conector del aparato de aspiración e insertar la sonda estéril al mismo. Encender el aspirador con la mano no dominante y sumergir la punta de la sonda en solución fisiológica o agua desmineralizada y aspira una pequeña cantidad de solución.	- Previene hipoxia e impide que la sonda se adhiera a la mucosa reduciendo traumatismos tisulares.
12. Introducir la sonda suavemente y aplicar aspiración durante 5 a 10 segundos.	- Elimina residuos de secreciones manteniendo la permeabilidad de la sonda.
	- El momento de cada aspiración y la duración

+++++

13. Extraer la sonda con movimientos rotatorios; limpiar con gasa estéril y sumergir la punta en el frasco de solución estéril o desmineralizada, aspirando rápidamente.

de cada período de reposo determina la tolerancia al procedimiento y la inexistencia de complicaciones.

14. Observar al paciente y permitirle descansar algunos segundos antes de la aspiración siguiente.

- Mantiene las conexiones del aparato permeables.

15. Repetir la aspiración hasta que la respiración se vuelva tranquila y sin esfuerzo.

- La comodidad contribuye al bienestar físico y recuperación del paciente.

16. Enjuagar la sonda y apagar el aspirador.

- Protege al equipo evitando su deterioro.

17. Quitarse los guantes.

- Evita infecciones cruzadas.

18. Dejar cómodo al paciente.

- Permite el seguimiento sistemático y oportuno de los cuidados del paciente.

19. Dejar el equipo limpio y en orden.

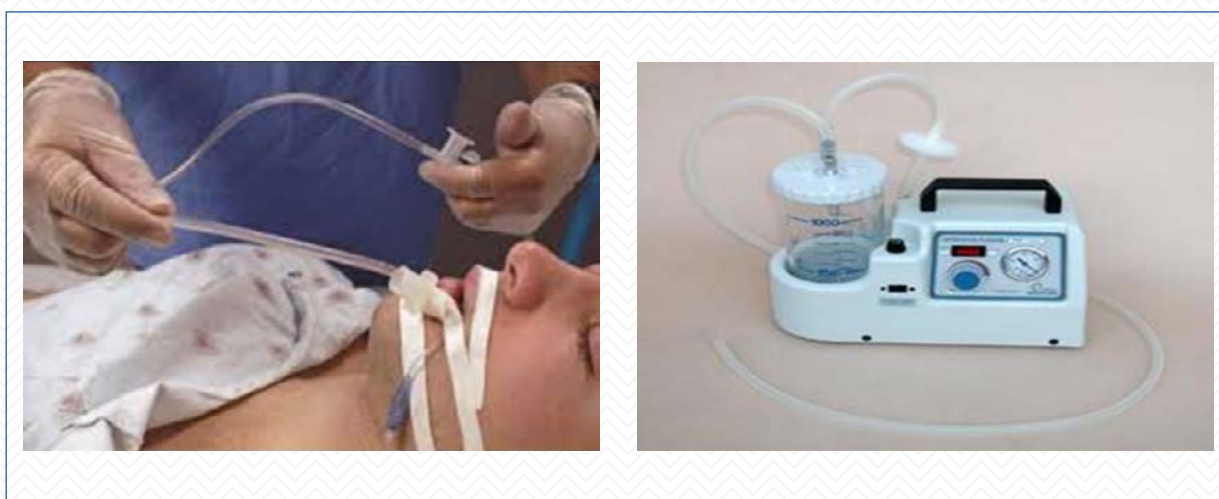
20. Lavarse las manos.

21. Hacer las anotaciones necesarias en el expediente clínico.

+++++

Figura 39

Aspiración de secreciones.



Fuente: imágenes tomadas de <https://images.app.goo.gl/YAAZjS4SobAUSU5j9>

■ Cuidados a pacientes con traqueotomía

Son todas aquellas acciones dirigidas a mantener la integridad y permeabilidad de la ostomía. Sus objetivos son conservar la piel limpia y seca como también mantener la vía aérea permeable. Estos deben realizarse a todo paciente traqueotomizado.

Como precaución no utilizar apósitos o gasas deshilachadas. Al cambiar la cinta de fijación, sostener firmemente el tubo de traqueostomía para evitar que éste se salga si el paciente tose o respira bruscamente. El equipo a utilizarse será:

+++++

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| - Equipo de aspiración. | - Frasco con solución salina. |
| - Riñonera estéril. | - Cinta de fijación. |
| - Gasas estériles. | - Sondas Nélaton. |
| - Guantes estériles. | - Aplicadores estériles. |

+++++

El procedimiento a seguir se describe a continuación:

+++++

Acciones	Principios
1. Preparar el equipo y llévelo al cubículo del paciente.	- Ahorra tiempo y energía.
2. Lavarse las manos.	- Evita infecciones cruzadas. - Evita confusión y permite la colaboración del paciente.
3. Identificar al paciente y explicarle el procedimiento.	- Evita la transmisión de microorganismos al tracto respiratorio.
4. Verter solución fisiológica en la riñonera estéril.	- Elimina y desprende desechos orgánicos.
5. Despojar al paciente de los apósitos sucios.	- La limpieza y eliminación de secreciones de la herida impiden el crecimiento bacteriano.
6. Colocarse los guantes según técnica.	- Mantiene la vía aérea permeable.
7. Retirar la cánula interna del traqueostomo y colocarla en la riñonera con solución fisiológica.	- El traqueostomo puede desalojarse con movimientos y tos potente y brusca, lo cual produciría una catástrofe respiratoria.
8. Limpiar la herida con aplicadores húmedos con solución fisiológica, evitando que caiga solución en la tráquea.	- Evita la fricción del traqueostomo con la piel.
9. Aspirar el tubo de traqueostomía si hay secreciones.	

+++++

+++++

10. Retirar las cintas de fijación (si están sucias o húmedas) y sostener el traqueostomo.

- Facilita la eliminación de secreciones, permitiendo la permeabilidad del tubo.

11. Colocar inmediatamente la cinta de fijación limpia y anudar a un lado del cuello del paciente.

12. Tomar la gasa y pasarla por debajo de la cinta de fijación y de los orificios laterales del traqueostomo, de modo que cubra la incisión.

- Evita la salida de la cánula interna del traqueostomo.

13. Tomar la cánula interna del traqueostomo y pasar a través de ella una gasa con un aplicador.

- La comodidad contribuye al bienestar físico y recuperación del paciente.

14. Enjuagar la cánula interna del traqueostomo con solución salina.

- Protege al equipo evitando su deterioro.

- Evita infecciones cruzadas.

15. Introducir la cánula interna en el traqueostomo y fijarla con el broche de seguridad.

- Permite el seguimiento sistemático y oportuno de los cuidados del paciente.

16. Quitarse los guantes.

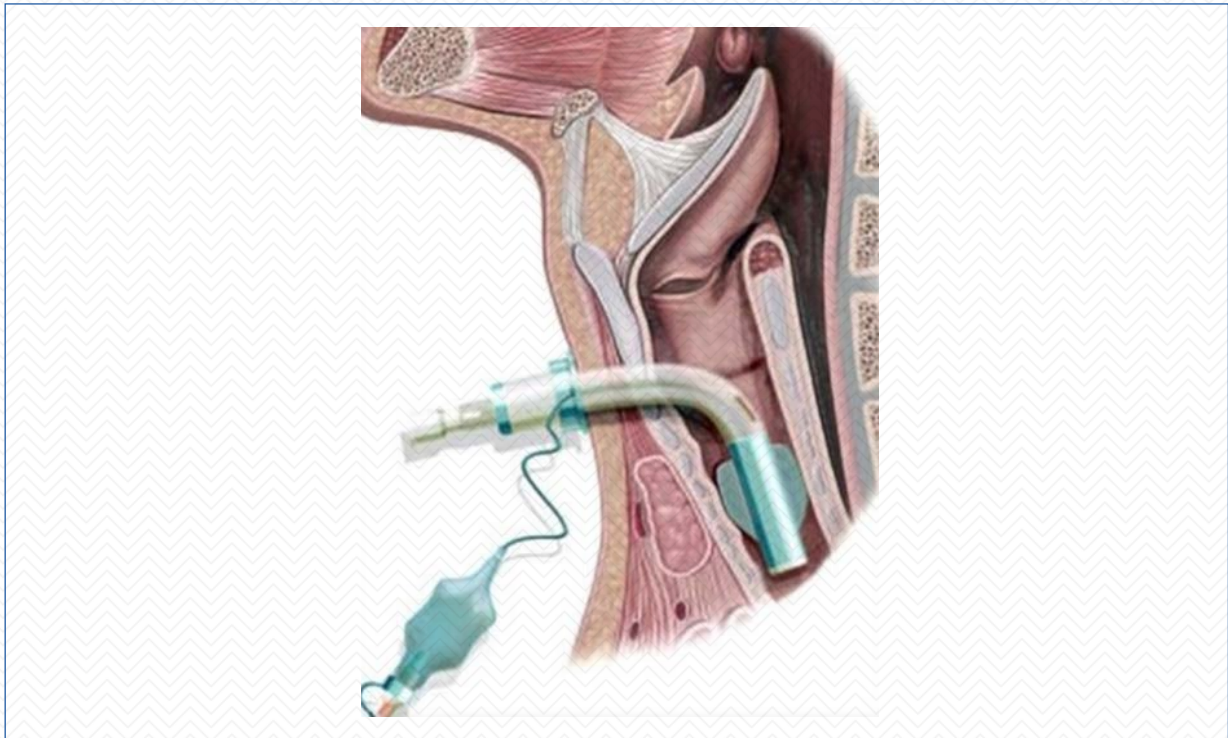
17. Dejar cómodo al paciente.

18. Dejar el equipo limpio y en orden.

19. Lavarse las manos.

20. Hacer las anotaciones necesarias en el expediente clínico.

+++++

Figura 40*Traqueotomía.*

Fuente: imagen tomada de <https://images.app.goo.gl/k48R85ai8h62DZPK6>

■ Oxigenoterapia

Es el uso terapéutico del oxígeno a concentraciones mayores a las del aire ambiente con la intención de tratar o prevenir los síntomas o manifestaciones de la hipoxia. Sus objetivos principales son mantener un nivel óptimo de oxígeno para conservar la función vital y brindar aportes adicionales de oxígeno para incrementar su concentración en la sangre. Este procedimiento se realiza bajo indicación médica estricta y firmada.

Como precauciones se debe colocar un letrero visible de “NO FUMAR”. También, se debe verificar con regularidad la cantidad de oxígeno existente en el cilindro y el nivel de agua en el humidificador. Finalmente, no utilizar productos inflamables mientras se administra el oxígeno. El equipo a utilizarse será:

- Cilindro con oxígeno.
- Manómetro.
- Humidificador.
- Mascarilla o bigote nasal.
- Servilletas o aplicadores.

- Riñonera o bolsa de papel.
- Conexión de oxigenoterapia.

El procedimiento a seguir se describe a continuación:

+++++	
Acciones	Principios
+++++	
1. Verificar indicación médica.	- Evita errores.
2. Preparar el equipo y llevarlo al cubículo del paciente.	- Ahorra tiempo y energía.
3. Lavarse las manos.	- Evita infecciones cruzadas.
4. Comprobar el funcionamiento del manómetro y humidificador.	- Evita pérdida de tiempo.
5. Identificar al paciente y explicarle el procedimiento.	- Permite la colaboración del paciente.
6. Realizar aseo de fosas nasales.	- Promueve la permeabilidad de vías aéreas.
7. Colocar al paciente en posición de Fowler o semi-Fowler.	- Proporciona mayor expansibilidad pulmonar.
8. Conectar la cánula nasal, bigotera o mascarilla a la extensión de oxigenoterapia, uniéndose al humidificador.	- Asegura la administración correcta del flujo indicado.
9. Abrir la llave de oxígeno y ajustar el flujo indicado, verificando la salida del gas a través de la cánula o mascarilla.	- La obstrucción nasal, obliga al paciente a respirar, haciendo ineficaz el tratamiento.
10. Colocar la cánula, bigotera o mascarilla al paciente, evitando obstruir los orificios nasales y fijarla.	- La fricción permanente y prolongada aumenta el riesgo de lesiones cutáneas.
11. Proteger el pabellón de la oreja con algodón.	- Asegura la tolerancia del tratamiento y evita complicaciones.
12. Vigilar constantemente al paciente en busca de signos de cianosis y sudoración.	- La comodidad contribuye al bienestar físico y recuperación del paciente.
13. Dejar cómodo al paciente.	- Permite el seguimiento sistemático y oportuno de los cuidados del paciente.
14. Hacer las anotaciones necesarias en el expediente clínico.	
+++++	

Cuidados de enfermería. Se debe informar al paciente sobre: flujo (l/min) de oxígeno que recibe, cómo ponerse correctamente la mascarilla, cánula, etc., cómo debe limpiar la mascarilla y la importancia de tomar el oxígeno de forma continuada. Finalmente, se debe verificar que el paciente ha entendido y maneja correctamente todo lo relacionado con la administración y cuidado del oxígeno.

Figura 41

Paciente recibiendo oxigenoterapia.



Fuente: imagen tomada de <https://images.app.goo.gl/FNaADcUjh2qihSrg7>

CAPÍTULO VIII

Asistencia digestiva y renal



■ Cateterismo nasogástrico

Es una técnica que consiste en la introducción de una sonda desde uno de los orificios nasales o boca hasta el estómago (Loaiza, et. al, 2014). Sus objetivos son administrar medicamentos o alimentos líquidos al paciente imposibilitado de hacerlo espontáneamente, aspirar contenido gástrico para fines diagnósticos y realizar lavado gástrico. Este procedimiento se lo realiza bajo indicación médica estricta y firmada.

Como precauciones se debe utilizar material estéril, inmovilizar al paciente (si es niño o si está inconsciente), retirar las prótesis dentales, fijar la sonda, utilizar una sonda calibrada de acuerdo con la edad. En caso de sonda permanente, hacer higiene bucal en forma regular. El equipo a utilizarse será:

- Sonda de Levine o Salem.
- Lubricante hidrosoluble o agua.
- Riñonera.
- Cibial o jeringa de 50 cc.
- Vaso con agua.
- Esparadrapo o adhesivo.
- Estetoscopio.
- Guantes.
- Campo cerrado.

El procedimiento a seguir se describe a continuación:

+++++	
Acciones	Principios
+++++	
1. Verificar indicación médica.	- Evita errores.
2. Preparar el equipo y llevarlo al cubículo del paciente.	- Ahorra tiempo y energía.
3. Identificar al paciente y explicarle el procedimiento.	- Permite la colaboración del paciente.
4. Lavarse las manos.	- Evita infecciones cruzadas.
5. Colocar al paciente en posición de Fowler (si	
+++++	

+++++ su estado lo permite).

6. Sobre la mesa de mayo colocar el campo cerrado estéril y sobre el mismo colocar la sonda de Levine o Salem.

- Facilita la introducción de la sonda.

7. Colocarse los guantes manteniendo la esterilidad.

- Evita infecciones.

8. Tomar la sonda y medir la distancia que separa la nariz del lóbulo de la oreja y de ésta hasta el apéndice xifoides.

- La medida exacta evita que el tubo irrite o perfore los tejidos del estómago.

9. Aplicar lubricante hidrosoluble a la sonda.

- Facilita la introducción de la sonda e impide lesiones a la mucosa.

10. Flexionar la cabeza del paciente ligeramente hacia adelante.

11. Introducir la sonda en la nariz del paciente suavemente y con movimiento firme empujar hasta encontrar una resistencia, luego elevar la sonda buscando la curvatura de las fosas nasales.

- Facilita la realización del procedimiento permitiendo la apertura del esófago.

12. Si la resistencia persiste, retirar la sonda y probar por la otra fosa nasal. Si el obstáculo persiste, probar con una sonda de menor calibre.

- Evita ejercer presión sobre los cornetes, lo que puede causar dolor y hemorragias.

13. Introducir rápidamente la sonda cuando no haya resistencia, solicitar al paciente que degluta sorbos de agua.

- El deglutir evita que la sonda penetre a la tráquea, y en cada deglución la sonda avanza hacia el estómago (si está consciente).

14. Verificar si la sonda se encuentra en el estómago, realizando los siguientes pasos:

- Utilizar el estetoscopio colocándolo a nivel de la región epigástrica e inyectar aire a través de la sonda con la inyectora de 50 cc.

- El desplazamiento del aire en el estómago produce ruidos.

- Utilizar la jeringa para aspirar contenido gástrico y regresar éste al estómago.

- Se corrobora que la sonda está en el estómago.

15. Fijar la sonda con adhesivo sin hacer presión en las alas de la nariz.

- Evita que la sonda se deslice al exterior y disminuye el riesgo de úlceras.

16. Dejar funcionando la sonda según indicación médica.

- La comodidad contribuye al bienestar físico y

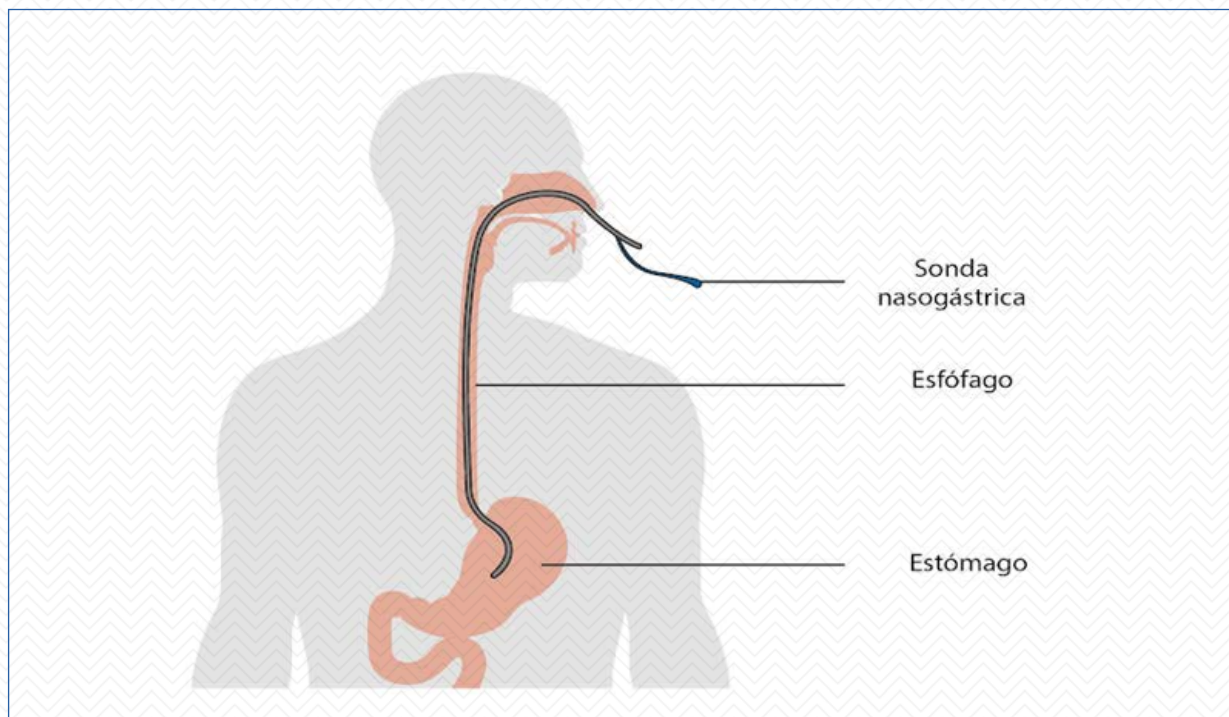
+++++

- +++++
- | | |
|--|---|
| 17. Dejar cómodo al paciente. | recuperación del paciente. |
| 18. Dejar el equipo limpio y en orden. | - Protege el equipo evitando su deterioro. |
| 19. Lavarse las manos. | - Evita infecciones cruzadas. |
| 20. Hacer las anotaciones necesarias en el expediente clínico. | - Permite el seguimiento sistemático y oportuno de los cuidados del paciente. |
- +++++

Cuidados de enfermería. Cualquier administración por sonda, sea medicamentosa o alimentaria queda pospuesta hasta la confirmación médica de su correcta colocación. La disminución del nivel de conciencia es una contraindicación relativa por el incremento del riesgo de aspiración. Si es necesario, se puede hacer con intubación endotraqueal previa. La esterilidad para todo el sistema no es imprescindible, pero sí mantener una higiene adecuada.

Figura 42

Sondaje nasogástrico.



Fuente: imagen tomada de <https://images.app.goo.gl/goghUHpN6FvWzikj7>

■ Gavaje

Es la administración de alimentos al estómago a través de una sonda orogástrica o nasogástrica (Loaiza, et. al, 2014). Su objetivo es mantener el estado nutricional del paciente incapacitado para alimentarse y se debe realizar a todo paciente inconsciente y con cirugías en la boca. Es fundamental realizarla bajo indicación médica estricta y firmada.

Como precauciones se debe: mantener el preparado alimenticio en refrigeración y utilizarlo antes de 24 horas; verter únicamente la cantidad que se necesita en un recipiente graduado para cada alimentación. Antes de administrar el alimento: verificar si la sonda se encuentra en el estómago y la temperatura del alimento.

Nunca caliente el alimento a calor directo ni lo diluya. Una vez suministrado el alimento, instile agua para eliminar residuos; administre el alimento por gravedad lentamente, no ejerza presión. En caso de vómitos o cianosis, suspenda la administración del alimento. Finalmente, mantenga siempre la sonda abierta, salvo indicación médica. El equipo a utilizarse será una bandeja conteniendo:

- Preparado alimenticio.
- Cibial o jeringa de 50 cc.
- Recipiente graduado.
- Vaso con agua.

El procedimiento a seguir se describe a continuación:

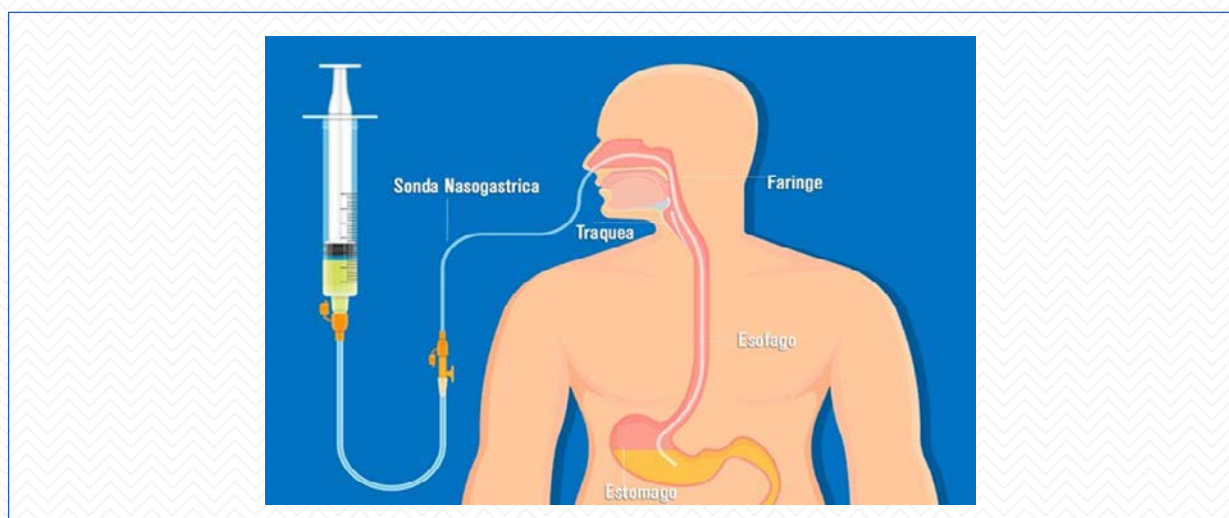
+++++	
Acciones	Principios
+++++	
1. Verificar indicación médica.	- Evita confusión y errores de transcripción.
2. Preparar el equipo y llevarlo al cubículo del paciente.	- Ahorra tiempo y energía.
3. Identificar al paciente y explicarle el procedimiento.	- Permite la colaboración del paciente.
4. Lavarse las manos.	- Evita infecciones cruzadas.
5. Cubrir el pecho al paciente con una toalla.	- Evita que se humedezca la ropa del paciente.
6. Colocar al paciente en posición de Fowler o semi-Fowler si su estado lo permite	- Esta posición previene broncoaspiración por reflujo gastroesofágico y facilita la digestión.
7. Conectar el cibial o jeringa de 50 cc a la sonda y aspirar contenido gástrico.	- Confirma que la sonda está en el estómago.
	- Permite que el alimento fluya por gravedad.
+++++	

- +++++
8. Llenar el cibial o jeringa de 50 cc con el preparado y elevar por encima de la cabeza del paciente.
 - Impide que se fermenten restos de alimentos y la obstrucción de esta.
 9. Culminada la administración del alimento, enjuagar la sonda agregando aproximadamente 50 cc de agua.
 - Previene broncoaspiración por reflujo gastroesofágico y facilita la digestión.
 - Evita reflujo de alimentos.
 10. Mantener la posición del paciente por lo menos durante 30 minutos y dejarlo cómodo.
 - La comodidad contribuye al bienestar físico y recuperación del paciente.
 11. Mantener la posición de la sonda por encima del nivel de la posición del estómago.
 - Protege el equipo evitando su deterioro.
 - Evita infecciones cruzadas.
 12. Dejar cómodo al paciente.
 - Permite el seguimiento sistemático y oportuno de los cuidados del paciente.
 13. Dejar el equipo limpio y en orden.
 14. Lavarse las manos.
 15. Hacer las anotaciones necesarias en el expediente clínico.
- +++++

Cuidados de enfermería. Se debe velar por el estado higiénico de las cavidades nasales y bucales, además, aspirar antes de administrar los alimentos y observar características de las sustancias extraídas. Si la aspiración es mayor de 100 mL, no administrar alimentos y comunicarlo al médico. Finalmente, administrar los alimentos por gravedad.

Figura 43

Alimentación por gavage.



Fuente: imagen tomada de <https://images.app.goo.gl/tY2PJ8tmD1xMRbnB8>

■ Colocación de enemas

Es la introducción de soluciones en el colon a través del ano. Sus objetivos son: ayudar a la eliminación de las heces o flatos del colon y recto, preparar al paciente para intervenciones quirúrgicas o estudios radiográficos y estimular los movimientos peristálticos. Se la realiza bajo indicación médica estricta y firmada.

Como precauciones se debe seleccionar calibre de sonda rectal según edad. En caso de niños, solicite la colaboración a la mamá o acompañante. Siempre es importante verificar la temperatura del agua. El equipo a utilizarse será:

+++++

- | | |
|--------------------------|-----------------------------|
| - Bandeja. | - Paral. |
| - Solución indicada. | - Papel higiénico. |
| - Irrigador o fomentera. | - Movable o centro de cama. |
| - Sonda rectal o cánula. | - Riñonera. |
| - Lubricante. | - Guantes. |
| - Pato. | - Llave de paso. |
| - Pinza. | |

+++++

El procedimiento a seguir se describe a continuación:

+++++

Acciones

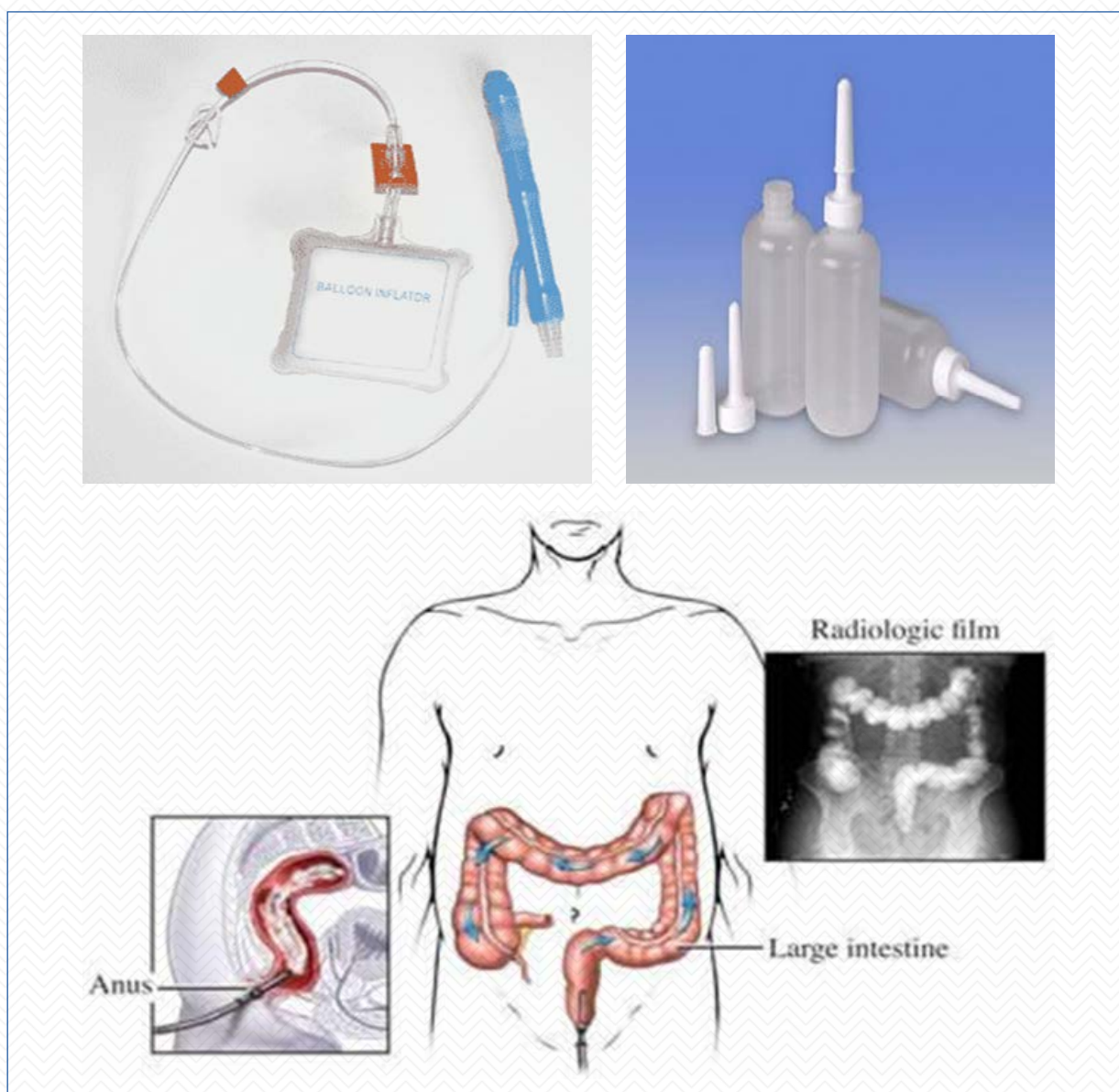
Principios

+++++

- | | |
|--|---|
| 1. Verificar indicación médica. | - Evita confusión. |
| 2. Preparar el equipo y solución a temperatura adecuada (37 - 40°C). | - Ahorra tiempo y energía. |
| 3. Identificar al paciente y explicarle el procedimiento. | - Permite la colaboración del paciente. |
| 4. Lavarse las manos. | - Evita infecciones cruzadas. |
| 5. Retirar la cubierta del tanque de irrigación. | - El calor estimula el peristaltismo y es más agradable para el paciente. |
| 6. Adaptar el conector y la sonda rectal. | |
| 7. Pinzar el conector. | - El equipo completo ahorra tiempo y energía. |
| 8. Verter la solución en el tanque de irrigación o fomentera. | - Facilita que la solución fluya por gravedad hacia el colon descendente. |
| 9. Llevar el equipo al cubículo del paciente. | - Evita que se humedezca el colchón. |

+++++

- +++++
10. Colocar al paciente en posición de Sims izquierda o lateral derecho, según sea el caso.
 - Permite no introducir aire en el intestino, fomentando la distensión abdominal.
 11. Colocar el movable debajo de la pelvis.
 - El lubricante facilita la introducción de la sonda sin que se lesiones la mucosa rectal.
 12. Levantar el tanque, despinzar y eliminar el aire de la sonda y pinzar nuevamente.
 13. Colocarse los guantes.
 - Con la inspiración profunda el esfínter anal se relaja y facilita la introducción de la sonda.
 14. Lubricar la sonda rectal.
 15. Orientar al paciente que inspire profundamente e introduzca en el recto suavemente de 7 a 10 centímetros.
 - La altura del tanque determina la presión y velocidad con que baja el líquido. Una presión excesiva puede causar daño a nivel intestinal.
 16. Presionar los glúteos del paciente, despinzar la sonda y elevar el tanque por encima de sus hombros (60 centímetros sobre el nivel de la cama), dejando pasar la solución por gravedad.
 - La presión sobre los glúteos favorece la retención del enema.
 17. Pinzar la sonda rectal una vez que la solución haya pasado.
 - Promueve la defecación.
 18. Retirar suavemente la sonda, ponerla en la riñonera y si es necesario, aplicar presión sobre los glúteos.
 - Evita su deterioro.
 - Evita infecciones cruzadas.
 19. Llevar al paciente al baño, dejarlo solo si su condición se lo permite.
 - Permite el seguimiento sistemático y oportuno de los cuidados del paciente.
 20. Dejar cómodo al paciente.
 21. Dejar el equipo limpio y en orden.
 22. Lavarse las manos.
 23. Hacer las anotaciones necesarias en el expediente clínico.
- +++++

Figura 44*Colocación de enemas.*

Fuente: imágenes tomadas de <https://images.app.goo.gl/MrNZkbbbbwRMgiTP9>

■ **Medición de la ingesta y eliminación de líquidos**

Es la cuantificación de todos los líquidos ingeridos y eliminados por el paciente en un tiempo determinado. Sus objetivos son: obtener datos exactos sobre lo que ingiere y elimina el paciente; valorar la función renal; calcular el balance hídrico total; determinar el estado de hidratación en el paciente. Este procedimiento se realiza bajo indicación médica. El balance de líquidos ingeridos y eliminados debe realizarse al finalizar cada jornada de trabajo.

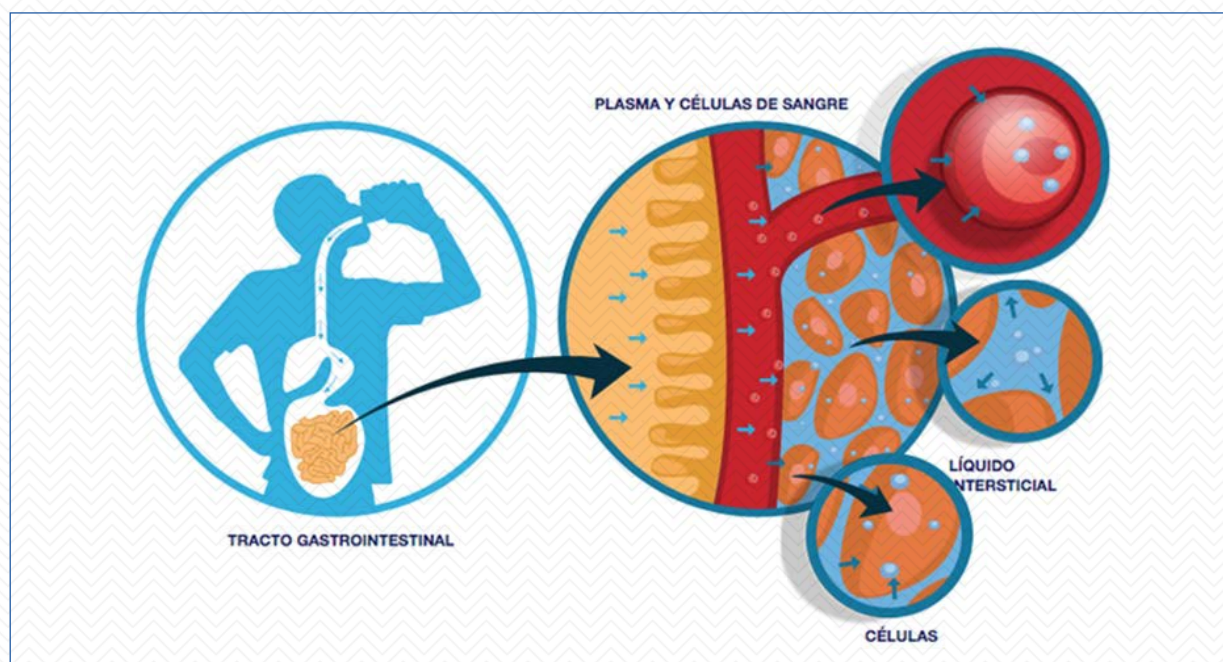
Como precauciones se debe advertir al equipo de salud sobre el control que debe seguirse. También, hay que informar al paciente y familiares sobre la importancia que tiene su colaboración

en el control de líquidos ingeridos y eliminados. En este sentido, verificar el funcionamiento de equipos y sistemas de drenajes conectados al paciente para al final reportar estrictamente en la hoja de control de líquidos ingeridos y eliminados, sin obviar información. El equipo a utilizarse será:

- Pato.
- Jarra graduada.
- Hoja de control de líquidos ingeridos y eliminados.
- Lapicero.

El procedimiento a seguir se describe a continuación:

+++++	
Acciones	Principios
+++++	
1. Verificar indicación médica.	- Evita errores.
2. Identificar al paciente y explicarle el procedimiento, incluyendo a familiares.	- Permite la colaboración del paciente y familiares.
3. Mantener el equipo en el cubículo del paciente.	- El equipo completo ahorra tiempo y energía.
4. Medir líquidos ingeridos y eliminados cada vez que sea necesario.	- Asegura la exactitud de la ingesta y excreta de líquidos.
5. Al finalizar la jornada de trabajo, sumar los líquidos ingeridos por el paciente, incluyendo los administrados por vía intravenosa, así como también sumar los líquidos eliminados (orina y pérdidas insensibles).	- A través del balance hídrico se determina la homeostasis del paciente.
6. De la cifra obtenida de la suma de los líquidos ingeridos, restar la cifra obtenida de la suma de los líquidos eliminados y obtendrá el tipo de balance.	- Evita infecciones cruzadas.
7. Lavarse las manos.	- Permite el seguimiento sistemático y oportuno de los cuidados del paciente.
8. Hacer las anotaciones necesarias en el expediente clínico.	
+++++	

Figura 45*Balance de líquidos.*

Fuente: imagen tomada de <https://images.app.goo.gl/3Ptz8s8sPHAH8aW17>

Tabla 2*Promedio de pérdidas de líquidos diarios para un adulto.*

Vía	Temperatura Normal Cantidad (ml)
Orina	1.400 cc/24 hrs.
Pérdidas insensibles:	
Pulmones	350cc/24hrs.
Piel	350cc/24hrs.
Sudor	350cc/24hrs.
Heces	350cc/24hrs.
Total	2.300cc/24hrs.

Fuente: autoría propia.

Ingesta requerida en 24 horas:	2.500cc/24hrs.
Excretas:	1.500cc/24hrs.
Balance positivo:	Cantidad de líquidos ingeridos mayor que los líquidos eliminados.
Balance negativo:	Cantidad de líquidos eliminados mayor que los ingeridos.
Balance neutro:	Cantidad de líquidos ingeridos igual que los eliminados.

■ *Determinación de la diuresis horaria y del gasto urinario*

$$\text{Diuresis horaria} = \frac{\text{Volumen total de orina}}{\text{No. de horas}}$$



$$\begin{array}{l} \text{Valor normal} \\ \text{Adultos} \end{array} = \frac{30 - 60 \text{ cc} \times \text{hora}}{\text{No. de horas}}$$

$$\text{Gasto urinario} = \frac{\text{Diuresis horaria}}{\text{Peso del paciente}}$$



$$\text{Valor normal} = 0,5 - 1,5 \text{ cc} \times \text{hora} \times \text{Kg. de peso}$$

■ *Cateterismo vesical*

Es la introducción de una sonda de Foley a través del meato urinario hasta llegar a la vejiga (Loaiza, et. al, 2014). Sus objetivos son: irrigar la vejiga con fines terapéuticos, mantener secos a pacientes inconscientes o con incontinencia urinaria, vaciar la vejiga en caso de retención urinaria, recolectar muestras estériles con fines diagnósticos, controlar líquidos eliminados y preparar al paciente para intervención quirúrgica. Este procedimiento se realiza bajo indicación médica.

Como precauciones hay que verificar indicación médica, utilizar sonda Foley de calibre apropiado (hombres 16-18 - mujeres 14-16), verificar permeabilidad de la sonda y buen estado del balón. Es necesario aplicar técnicas asépticas, utilizar lubricante estéril hidrosoluble o solución fisiológica. Nunca levante la bolsa de drenaje por encima del nivel de la vejiga ni infle el globo sin que se produzca flujo de orina. El equipo a utilizarse será:

+++++

Total

2.300cc/24hrs.

+++++

- Equipo de aseo perineal.
- Bandeja.
- Solución fisiológica.
- Lubricante hidrosoluble.
- Solución antiséptica.
- Guantes.
- Gasas.

- Adhesivo.
- Sonda de Foley.
- Campo cerrado.
- Escudilla.
- Riñonera.
- Inyectora 10 cc.
- Recolector de orina o cystoflo.

+++++

El procedimiento a seguir se describe a continuación:

+++++

Acciones

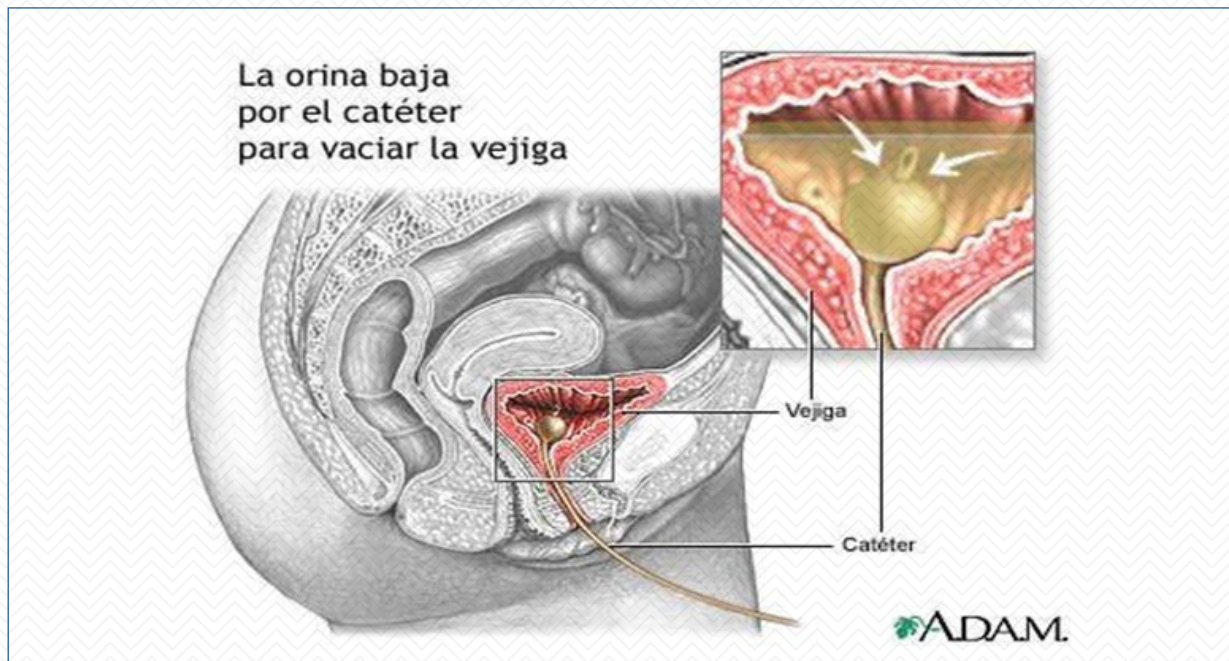
Principios

+++++

- | | |
|---|--|
| 1. Verificar indicación médica. | - Evita confusión y errores de transcripción
- Ahorra tiempo y energía. |
| 2. Preparar el equipo y llevarlo al cubículo del paciente. | |
| 3. Identificar al paciente y explicarle el procedimiento. | - Permite la colaboración del paciente. |
| 4. Colocar el biombo. | |
| 5. Lavarse las manos. | |
| 6. Colocarse guantes de aseó y realizar higiene de genitales. | - Proporciona privacidad.
- Disminuye el riesgo de infección. |
| 7. Asegurarse que la iluminación sea adecuada. | |
| 8. Colocar al paciente en posición adecuada: | |
| a) Paciente femenino: posición ginecológica. | |
| b) Paciente masculino: posición supina | - Permite la observación óptima del meato urinario. |
| . | |
| 9. Quitarse los guantes de aseó y lávese las manos nuevamente. | |
| 10. Colocar el campo estéril entre las piernas de la paciente. En pacientes varones, colocar el campo estéril a un lado de las piernas. | - Los microorganismos pueden pasar de la fuente de origen a un nuevo huésped por objetos contaminados. |
| 11. Sobre el campo estéril colocar: sonda de Foley, escudilla con solución antiséptica, gel hidrosoluble, inyectora y riñonera. | |
| 12. Colocar los guantes estériles según técnica. | - Protege al paciente de introducción de bacterias a las vías urinarias. |
| 13. Llenar la jeringa con 5 o 10 cc de solución fisiológica y verificar la integridad del globo. | |
| 14. En pacientes femeninos, separar los labios mayores con los dedos pulgar, índice y medio de la mano no dominante. | - Permite visualizar el meato urinario. |
| 15. En pacientes masculinos tomar el pene con | |

+++++

- +++++
- la mano no dominante y retraiga el prepucio.
16. Con la mano dominante tomar una torunda de algodón con solución antiséptica limpiando el meato urinario y sus alrededores.
17. Tomar el catéter o sonda de Foley con la mano dominante, lubricar la punta de esta y luego la introduce a través del meato urinario de 8 a 10 centímetros.
18. En pacientes masculinos, levantar y estirar el pene con suavidad en un ángulo de 60 a 90 grados, avanzar el catéter hasta que comience a fluir la orina.
19. Tomar la jeringa con solución fisiológica e infle el globo del catéter.
20. Colocar la bolsa recolectora por debajo del nivel de la vejiga.
21. Retirarse los guantes.
22. Fijar el catéter en la cara interna del muslo.
23. Dejar cómodo al paciente.
24. Dejar el equipo limpio y en orden.
25. Lavarse las manos.
26. Hacer las anotaciones necesarias en el expediente clínico.
- +++++
- Permite eliminar los microorganismos existentes en la piel y evita introducirlos en la vejiga.
 - La lubricación evita traumatismos en la mucosa.
 - Asegura el mantenimiento del catéter en la vejiga.
 - Evita que la sonda se salga.
 - Evita la tensión en el triángulo urogenital (uretra, uréteres y vías urinarias)
 - La comodidad contribuye al bienestar físico y recuperación del paciente.
 - Protege el equipo evitando su deterioro.
 - Evita infecciones cruzadas.
 - Permite el seguimiento sistemático y oportuno de los cuidados del paciente.

Figura 46*Cateterismo vesical.*

Fuente: imagen tomada de <https://images.app.goo.gl/tnQmkDrVrBTHoqui6>

CAPÍTULO IX

Recolección de muestras



■ Recolección muestra de orina

Es la técnica a través de la cual se recoge en un recipiente una muestra de orina para su respectivo análisis. Sus dos objetivos son: contribuir a establecer el diagnóstico clínico y obtener muestra para examen de laboratorio. Se realiza bajo estricta indicación médica y es indispensable recolectar la muestra en envases estériles y con tapas.

Como precauciones se debe tener en cuenta las siguientes indicaciones: utilizar envases estériles con boca ancha y tapa, mantener la asepsia, asegúrese de que estén bien elaboradas las órdenes de laboratorio, enviar a tiempo las muestras de laboratorio, rotular el envase con los datos completos. El equipo a utilizarse será una bandeja conteniendo:

- Envase con tapa.
- Agua y jabón.
- Torundas de algodón o gasa.
- Guantes estériles.
- Esparadrapo o adhesivo.
- Orden del laboratorio.
- Bidet o pato.

El procedimiento a seguir se describe a continuación:

+++++	
Acciones	Principios
+++++	
1. Preparar el equipo y llevarlo al cubículo del paciente.	- Ahorra tiempo y energía.
2. Identificar al paciente y explicarle el procedimiento.	- Permite la colaboración del paciente.
3. Lavarse las manos.	- Evita infecciones cruzadas.
4. Acostar al paciente sobre su espalda y colocar el bidet según técnica.	- La posición supina facilita la colaboración del paciente.
5. Separar las piernas del paciente y lavar la vulva o pene con agua y jabón.	- Evita la contaminación de la muestra.
6. Destapar el frasco y colocar la tapa en la mesa de noche con los bordes hacia arriba.	- Evita contaminación.
	- La primera micción lava el conducto uretral arrastrando bacterias.
+++++	

- +++++
7. Decir al paciente que al miccionar descarte el primer chorro. - Los microorganismos patógenos son diseminados por medio directo o indirecto.
- Evita errores.
8. Recoger la muestra directamente en el frasco (aproximadamente 50 cc)
9. Tapar y rotular el frasco. - Evita infecciones cruzadas.
10. Enviar la muestra con la orden al laboratorio.
11. Lavarse las manos.
12. Hacer las anotaciones necesarias en el expediente clínico. - Permite el seguimiento sistemático y oportuno de los cuidados del paciente.
- +++++

Observaciones. En pacientes ambulatorios, explicar cómo debe recoger muestra según técnica. En caso de muestra para realizar urocultivo, el procedimiento es el mismo, pero en ésta, se utiliza un frasco estéril y la manipulación del frasco y de la orina debe hacerse bajo estrictas técnicas de asepsia.

Figura 47

Recolección de muestras de orina.



Fuente: imagen tomada de <https://images.app.goo.gl/khDzHJAAcGgZbhjq6>

■ Recolección de muestra de heces

Es la técnica a través de la cual se recoge en un recipiente una muestra de heces para su respectivo análisis. Sus objetivos son determinar la presencia de parásitos, sangre y otros, como también contribuir a establecer el diagnóstico clínico.

Antes de la toma de la muestra, se debe determinar la razón por la que se recoge esta. A todo paciente ambulatorio se le debe explicar cómo recoger la muestra según la técnica. Nunca coloque el recipiente que contiene la muestra de heces sobre la orden de laboratorio. Además, se debe recoger la muestra en cantidad suficiente y de varios puntos de la defecación. El equipo a utilizarse será:

- Bidet o pato.
- Papel higiénico.
- Bandeja.
- Recipiente para la muestra.
- Espátula.
- Esparadrapo o adhesivo.
- Orden del laboratorio.

El procedimiento a seguir se describe a continuación:

+++++	
Acciones	Principios
+++++	
1. Preparar el equipo y llevarlo al cubículo del paciente.	- Ahorra tiempo y energía.
2. Lavarse las manos.	- Evita infecciones cruzadas.
3. Identificar al paciente y explicarle el procedimiento.	- Permite la colaboración del paciente.
4. Indicar al paciente que orine antes de realizar el procedimiento.	- La mezcla de orina y sangre con las heces altera el resultado.
5. Si el paciente no puede valerse por sí solo, indicar que se mantenga acostado sobre su espalda y colocar el pato según técnica.	- La posición supina facilita la colocación del pato.
6. Proporcionar privacidad al paciente e indicar que avise cuando haya defecado.	
+++++	

- +++++
- | | |
|---|---|
| 7. Retirar el pato y recoger la muestra con la espátula, tomándola de varios puntos de la defecación. | - La privacidad promueve la defecación regular. |
| 8. Introducir la muestra en el recipiente, cuidando de no manchar sus bordes. | - Facilita la detección de parásitos cuando se encuentran poco concentrados. |
| 9. Tapar el recipiente e identificar con el nombre del paciente. | - Evita la contaminación. |
| 10. Realizar aseo perianal, o facilitar al paciente el equipo necesario si éste puede hacérselo. | - Evita confusiones. |
| 11. Dejar cómodo al paciente. | - Proporciona comodidad y confort. |
| 12. Limpiar el equipo y dejarlo en su lugar. | - Evita el desorden y deterioro del equipo. |
| 13. Enviar la muestra con la orden al laboratorio. | |
| 14. Lavarse las manos. | - Evita infecciones cruzadas. |
| 15. Hacer las anotaciones necesarias en el expediente clínico. | - Permite el seguimiento sistemático y oportuno de los cuidados del paciente. |
- +++++

Figura 48

Materiales para la recolección de muestra de heces.



Fuente: imagen tomada de <https://bit.ly/43qVbXU>

CAPÍTULO X

Terapia farmacológica



■ Administración de medicamentos vía enteral

Son todas aquellas técnicas que facilitan la introducción de los medicamentos al organismo vía digestiva.

■ Administración de medicamentos vía oral

Es la introducción de medicamentos a través de la cavidad bucal. Sus objetivos son auxiliar al organismo a sobreponerse de la enfermedad y aliviar síntomas de la enfermedad. Se la realiza bajo indicación médica estricta y firmada.

Como precauciones se debe tener en cuenta que: el medicamento debe ser administrado por la persona que lo prepare; durante la preparación del medicamento, verificar tres (3) veces el rótulo del fármaco; si el paciente es niño, triturar el medicamento y diluirlo; asegurarse de aplicar los cinco (5) correctos: paciente correcto, medicamento correcto, hora correcta, vía y dosis correctas. Finalmente, no ofrezca agua al paciente cuando se trate de jarabes que actúan sobre las vías respiratorias y cardiovasculares. El equipo a utilizarse será una bandeja conteniendo:

- Medicamento indicado. - Tarjeta de medicamento. - Vaso con agua.	- Vaso graduado o inyectadora. - Gasas o servilletas. - Campo estéril. - Sierra metálica.
--	--

El procedimiento a seguir se describe a continuación:

Acciones	Principios
1. Verificar indicación médica.	- Evita confusión y errores de transcripción.
2. Lavarse las manos.	
3. Tomar el frasco del medicamento, leer el rótulo y verificarlo con la tarjeta de medicamento.	- Evita infecciones cruzadas.
4. Destapar el frasco y coloque la tapa con los bordes hacia arriba.	- Evita contaminar los bordes internos de la tapa.
5. En caso de tableta o cápsula, verter en la tapa del frasco y ponerla en el vaso graduado sin tocar el medicamento.	- Asegura la homogeneidad del líquido.
6. En caso de que sea líquido, agitar.	- Asegura la medición exacta del medicamento y

7. Colocarse al nivel de los ojos, el frasco de medicamento y vaso graduado. evita su desperdicio.

8. Verter el líquido en el vaso protegiendo la etiqueta. - Evita humedecer la etiqueta y su deterioro

9. Limpiar el cuello del frasco si es necesario y colocarle la tapa. - Asegura que el medicamento servido es el indicado.

10. Regresar el frasco a su lugar verificando la etiqueta.

Figura 49

Revisión de la prescripción del medicamento.



Fuente: imagen tomada de <https://images.app.goo.gl/7n2SNCdpCbMfApgf8>

■ Administración del medicamento vía oral

Acciones		Principios	
1. Identificar al paciente.		- Evita errores.	
2. Explicarle el procedimiento al paciente.			
3. Colocar al paciente en posición de Fowler según		- Permite la colaboración del paciente.	

- +++++
- su estado y verificar nombre y medicamento con la tarjeta.
4. Ofrecer agua al paciente.
5. Cerciorarse que el paciente haya deglutido el medicamento antes de retirarse de su lado.
6. Dejar cómodo al paciente.
7. Dejar el equipo limpio y en orden.
8. Hacer las anotaciones necesarias en el expediente clínico.
- +++++
- Asegura que el medicamento a administrar sea a la persona correcta.
 - Los líquidos ayudan a la deglución del medicamento.
 - La administración de medicamentos es responsabilidad del personal de enfermería.
 - Protege el equipo evitando su deterioro.
 - Permite el seguimiento sistemático y oportuno de los cuidados del paciente.

Figura 50

Administración de medicamentos vía oral.



Fuente: imagen tomada de <https://images.app.goo.gl/qUaNDfdWLCTsbz516>

■ Administración de medicamentos vía parenteral

Son todas aquellas técnicas que facilitan la introducción de los medicamentos al organismo atravesando la piel o membranas mucosas.

■ *Administración de medicamentos vía intradérmica*

Es la introducción de medicamentos entre la dermis y la epidermis con fines diagnósticos o terapéuticos. Sus objetivos son: diagnosticar alergias o sensibilidad a medicamentos, administrar vacunas para inmunizar o insensibilizar y producir efectos locales en vez de generales. Este procedimiento se lo realiza bajo indicación médica estricta y firmada.

Como precauciones se debe valorar reacciones en diferentes momentos, dependiendo del medicamento utilizado; cumplir con los cinco (5) correctos: paciente correcto, medicamento correcto, hora correcta, vía y dosis correctas; orientar al paciente de no tocarse, rascarse, ni aplicarse sustancias medicamentosas o agua en la región inyectada. El equipo a utilizarse será una bandeja conteniendo:

- Medicamento indicado.
- Tarjeta de medicamento.
- Inyectadora de 1 cc o tuberculina.
- Algodón con alcohol.
- Riñonera.
- Campo estéril.

El procedimiento a seguir se describe a continuación:

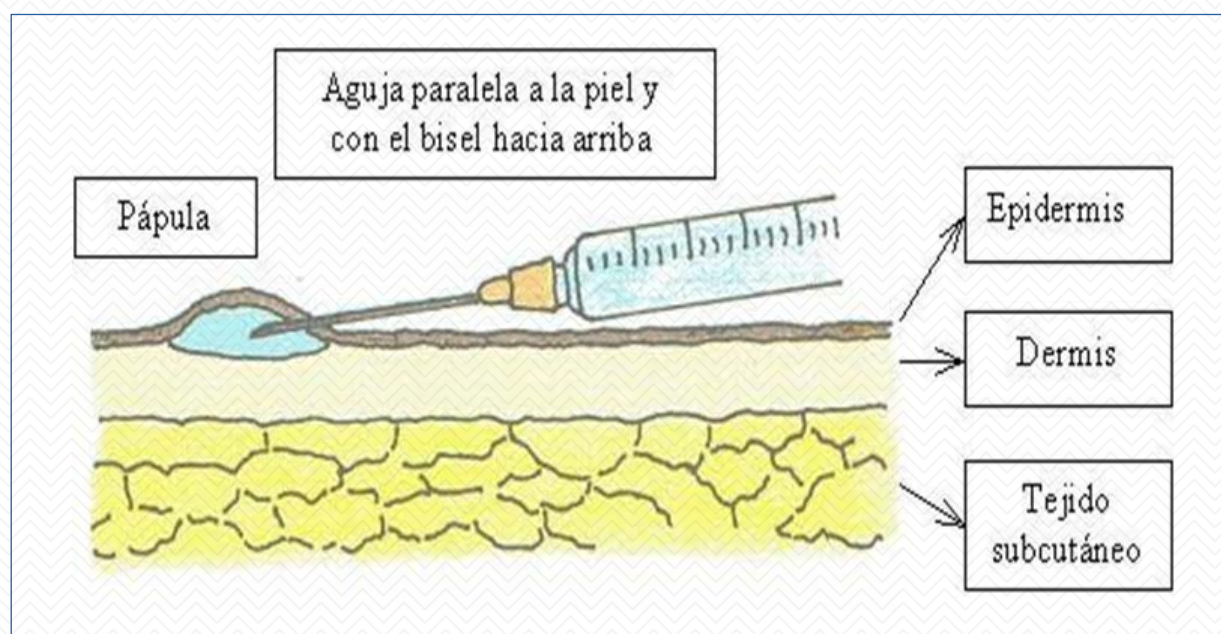
+++++	
Acciones	Principios
+++++	
1. Verificar indicación médica.	- Evita confusión y errores de transcripción.
2. Lavarse las manos.	- Evitar infecciones cruzadas.
3. Preparar el equipo.	
4. Verificar tres veces los cinco correctos.	- Ahorra tiempo y energía.
5. Colocar la jeringa preparada en la bandeja.	- Evita errores.
6. Quitarle el protector al frasco de la inyección, utilizando la tijera o sierra metálica.	
7. Desinfectar el tapón del frasco utilizando algodón con alcohol, en forma rotatoria.	- Los agentes infecciosos pueden destruirse con agentes químicos. Los movimientos rotatorios remueven la suciedad.
+++++	

- +++++
8. Tomar el frasco con los dedos índice, medio y pulgar de la mano no dominante, manteniéndolo boca abajo a la altura de los ojos. - Permite que el aire se desplace hacia la punta de la jeringa.
9. Tomar la jeringa con la mano dominante e introducir la aguja a través del tapón de hule.
10. Halar el émbolo para extraer la dosis de medicamento indicado, y asegurarse que la punta de la aguja se encuentre siempre debajo del nivel del líquido contenido en el frasco. - Evita errores y permite la colaboración del paciente.
11. Retirar la aguja del frasco y cambiarla por una aguja nueva.
12. Halar el émbolo hacia atrás y luego empújalo suavemente para expulsar el aire. - Garantiza la introducción aséptica del medicamento.
13. Identificar al paciente y explicarle el procedimiento.
14. Seleccionar el sitio de aplicación de la inyección.
15. Limpiar el sitio de aplicación de la inyección en forma rotatoria del centro hacia la periferia, utilizando algodón con alcohol. - Evita causar ardor por la entrada de alcohol en los tejidos.
16. Con una torunda de algodón seco, limpiar los restos de alcohol.
17. Colocarse un algodón seco entre los dedos de su mano no dominante.
17. Dejar secar la piel antes de inyectar el medicamento. - Facilita la introducción de la aguja y asegura que el líquido quede en la dermis.
18. Con la mano no dominante distender la piel del antebrazo.
19. Sostener la jeringa en un ángulo de 15 grados e introducir la aguja de 3 a 5 mm con el bisel hacia arriba. - Evita el dolor por aumento de presión de los tejidos.
20. Inyectar lentamente el medicamento.
- +++++

- +++++
- | | |
|--|---|
| 21. Retirar la aguja en el mismo ángulo que se introdujo y limpiar el exceso de medicamento. | - Evita que la aguja hale la piel y cause dolor. |
| 22. No dar masajes ni presionar el área inyectada. | - Evita dispersar el medicamento en los tejidos. |
| 23. Dejar cómodo al paciente. | - La comodidad contribuye al bienestar físico y recuperación del paciente. |
| 24. Dejar el equipo limpio y en orden. | - Protege el equipo evitando su deterioro. |
| 25. Lavarse las manos. | - Evita infecciones cruzadas. |
| 26. Hacer las anotaciones necesarias en el expediente clínico. | - Permite el seguimiento sistemático y oportuno de los cuidados del paciente. |
- +++++

Figura 51

Técnica de administración de medicamentos vía intradérmica.



Fuente: imagen tomada de <https://images.app.goo.gl/oCtFrzU8bu3vt4HS8>

■ Administración de medicamentos vía subcutánea

Es la introducción de medicamentos al organismo a través del tejido subcutáneo. Sus objetivos son: obtener un efecto terapéutico con mayor rapidez que por vía oral y administrar sustancias medicamentosas que tienen mayor absorción en el tejido adiposo. Se realiza bajo indicación médica estricta y firmada.

Como precauciones, el medicamento debe ser administrado por la persona que lo prepare y

rotar los sitios de aplicación en pacientes que reciben inyecciones subcutáneas frecuentes. No aplicar la inyección en sitios donde la piel está lesionada. No aplicar más de 2 ml en tejido subcutáneo. Cumplir con la regla de los cinco (5) correctos: paciente correcto, medicamento correcto, hora correcta, vía y dosis correctas. El equipo a utilizarse será una bandeja conteniendo:

- Medicamento indicado.
- Tarjeta de medicamento.
- Jeringa de 1 a 3 cc.
- Aguja de 25 x 1 cms.
- Riñonera.
- Campo estéril.

El procedimiento a seguir se describe a continuación:

+++++	
Acciones	Principios
+++++	
1. Verificar indicación médica.	- Evita confusión y errores de transcripción.
2. Identificar al paciente y explicarle el procedimiento.	- Permite la colaboración del paciente.
3. Preparar el equipo y llevarlo al cubículo del paciente.	- Ahorra tiempo y energía.
4. Lavarse las manos.	- Evita infecciones cruzadas
5. Seleccionar el sitio de aplicación y descubrir la región.	- Garantiza la introducción aséptica del medicamento.
6. Limpiar el sitio de aplicación de la inyección del centro a la periferia.	- Evita causar ardor.
8. Dejar secar la piel antes de inyectar el medicamento.	- La respiración profunda disminuye la ansiedad y favorece la relajación muscular.
9. Colocarse un algodón seco entre los dedos de la mano no dominante.	- La rapidez del movimiento disminuye el dolor cuando pasa la aguja a nivel de los receptores sensitivos de la dermis.
10. Sujetar el tejido subcutáneo entre el dedo	
+++++	

+++++

índice y pulgar.

11. Solicitar al paciente que respire profundamente.

- Asegura que la aguja no se encuentre en un vaso sanguíneo.

12. Sostener la jeringa con el bisel hacia arriba y con un movimiento firme introducir la aguja en un ángulo de 45 a 60 grados.

- Evita que la aguja hale la piel y cause dolor.

13. Inmovilizar la jeringa y halar el émbolo.

- Cierra los tejidos y evita que el medicamento fluya a la superficie.

14. Si no aparece sangre en la inyectora, empezar a inyectar el medicamento lentamente.

- La comodidad contribuye al bienestar físico y recuperación del paciente.

15. Colocar el algodón junto a la aguja y retirar con movimiento rápido en el mismo ángulo que la introdujo.

- Protege el equipo evitando su deterioro.

16. Hacer presión en el sitio de la inyección.

- Evita infecciones cruzadas.

17. Dejar cómodo al paciente.

18. Dejar el equipo limpio y en orden.

- Permite el seguimiento sistemático y oportuno de los cuidados del paciente.

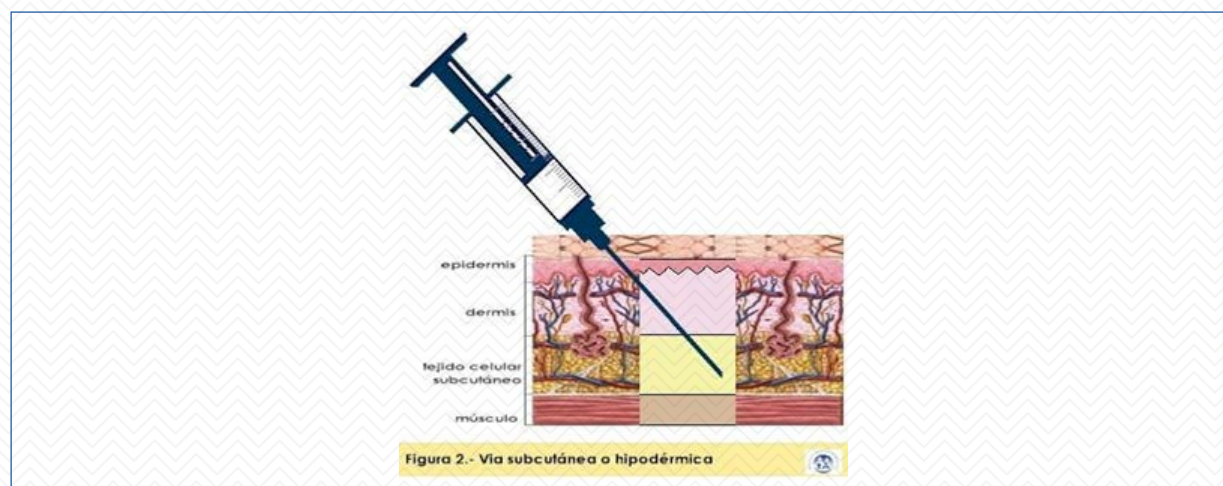
19. Lavarse las manos.

20. Hacer las anotaciones necesarias en el expediente clínico.

+++++

Figura 52

Técnica de administración vía subcutánea.



Fuente: imagen tomada de <https://images.app.goo.gl/8BFkNzZhXzjW2FHF7>

■ Administración de medicamentos vía intramuscular

Es la introducción de medicamentos al organismo a través del tejido muscular. Sus objetivos son: administrar fármacos que irritan el tejido subcutáneo, administrar fármacos que son peligrosos por vía endovenosa y obtener una absorción más rápida que por vía subcutánea. Se realiza bajo indicación médica estricta y firmada. En niños menores de tres (3) años, inyectar en vasto externo.

Como precauciones, el medicamento debe ser administrado por la persona que lo prepare. También, hay que asegurarse de aplicar los diez (10) correctos para la administración de medicamentos que se presentan en la Figura 53. No aplicar la inyección en sitios donde la piel está lesionada y alternar sitios para administrar la inyección. Finalmente, revisar ficha de vencimiento del medicamento y deseche los de apariencia dudosa.

Figura 53

Diez correctos en la administración de medicamentos.



Fuente: imagen tomada de <https://bit.ly/4kltypn>

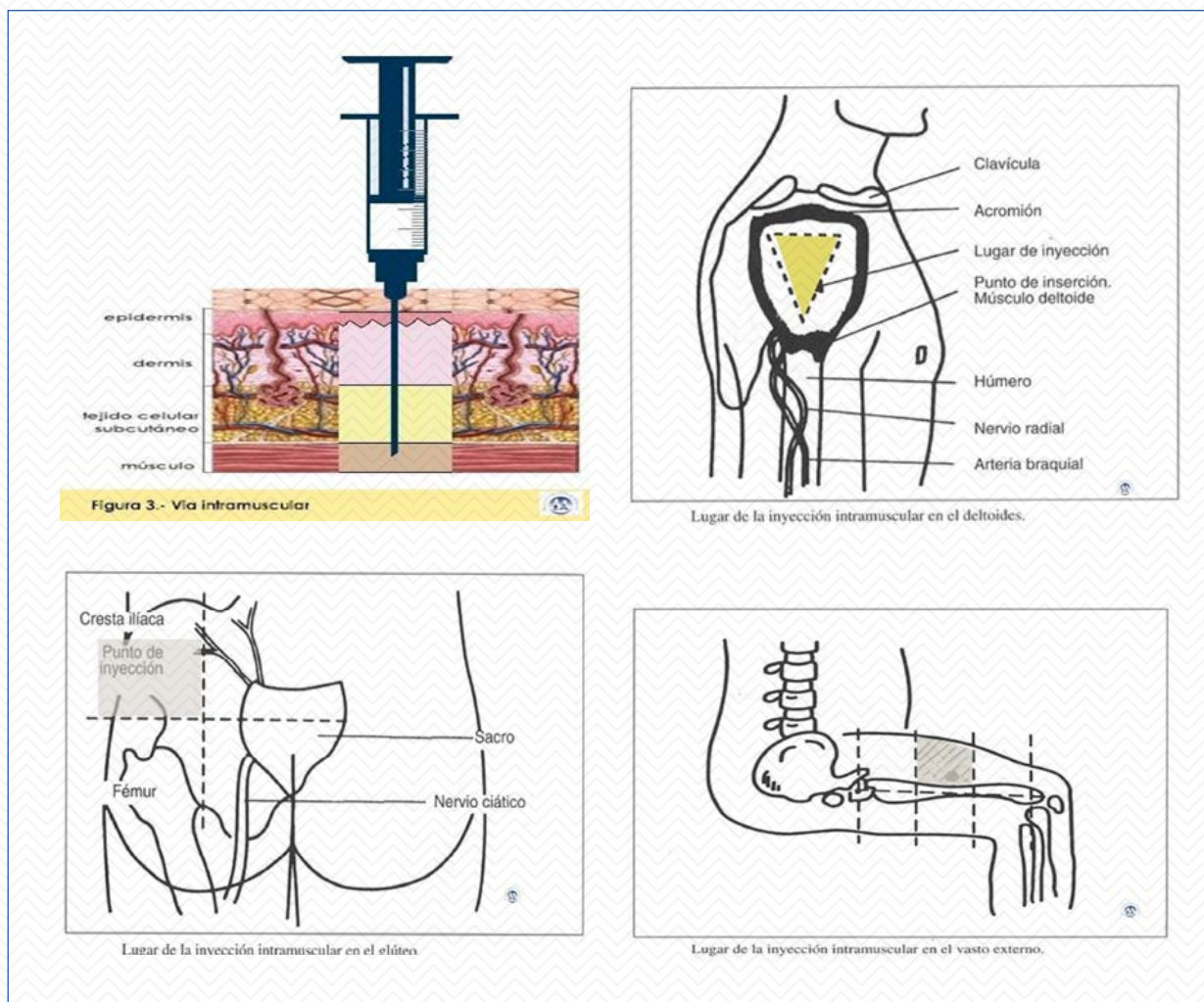
El equipo a utilizarse será una bandeja conteniendo:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Medicamento indicado. - Tarjeta de medicamento - Jeringa de 2 a 5 ml. - Aguja calibre 21 o 22 x 1½. | <ul style="list-style-type: none"> - Torundas de algodón con alcohol. - Torundas de algodón secas. - Riñonera o bolsa de papel. - Campo estéril. |
|--|--|

El procedimiento a seguir se describe a continuación:

+++++	
Acciones	Principios
+++++	
1. Verificar indicación médica.	- Evita confusión y errores de transcripción.
2. Identificar al paciente y explíquele el procedimiento.	
3. Preparar el medicamento según técnica y llevarlo al cubículo del paciente.	- Permite la colaboración del paciente.
4. Lávese las manos.	
5. Seleccionar el sitio de inyección tal como se especifica: a) Glúteo dorsal: cuadrante superior externo tomando como punto de referencia la espina ilíaca posterosuperior, trazar una línea imaginaria hasta el trocante mayor del fémur y elegir el cuadrante superior externo del glúteo y encajar allí la aguja.	- Ahorra tiempo y energía. - Evita infecciones cruzadas.
b) Músculo deltoides: identificar el borde inferior del acromion y medir de 2 a 3 traveses de dedos por debajo de este, elegir el punto medio del músculo alineado con la axila y encajar allí la aguja.	- Evita lesionar el nervio ciático.
c) Vasto externo: identificar el trocante mayor del fémur y la articulación de la rodilla, medir 4 traveses de dedos por debajo de cada articulación, ubicar el punto intermedio del vasto externo y encajar allí la aguja.	- Evita lesionar la arteria humeral.
d) Zona glútea ventral: identificar el trocante mayor del fémur con el talón de la mano y con el dedo medio palpar la espina ilíaca anterosuperior y con el dedo índice el punto más alejado de la cresta ilíaca. En el ángulo formado entre el dedo medio e índice encajar la aguja.	- Un través de mano por debajo del trocante mayor del fémur y otro través de mano por arriba de la rodilla, y aplique la inyección en el tercio medio del músculo vasto externo.
6. Inmovilizar la jeringa y hale suavemente el émbolo.	- Evita que la aguja hale la piel y cause dolor.
7. Si no aspira sangre, inyectar el medicamento lentamente.	- Cierra los tejidos y evita que el medicamento fluya a la superficie.
8. Poner el algodón seco cerca de la aguja y	
+++++	

- +++++
- retirar con movimientos rápidos en el mismo ángulo que la introdujo.
9. Hacer presión en el sitio de la inyección.
10. Dejar cómodo al paciente.
11. Dejar el equipo limpio y en orden.
12. Lavarse las manos.
13. Hacer las anotaciones necesarias en el expediente clínico.
- +++++
- La comodidad contribuye al bienestar físico y recuperación del paciente.
 - Protege el equipo evitando su deterioro.
 - Evita infecciones cruzadas.
 - Permite el seguimiento sistemático y oportuno de los cuidados del paciente.

Figura 54*Administración vía intramuscular.*

Fuente: imágenes tomadas de <https://images.app.goo.gl/ZhhSW7GVFdshKB638>

■ *Cateterismo venoso periférico*

Es la inserción de un catéter a través de una vena periférica. Su objetivo es facilitar una vía venosa permeable que permita cubrir las necesidades del paciente que requiera terapia intravenosa. Se realiza bajo indicación médica.

■ *Precauciones*

En adultos es aconsejable realizar la elección de la vena en los miembros superiores antes que en los inferiores. Cuando el paciente es un niño se debe valorar la necesidad o conveniencia que lo acompañe algún familiar; también, se debe determinar antes de empezar el procedimiento cuántos profesionales se necesitarán para garantizar la seguridad durante el procedimiento. En la información ofrecida a los niños es importante no engañarles sobre la punción, explicarles lo que se va a realizar con claridad y un lenguaje que ellos puedan entender, intentando que comprendan la importancia de evitar el movimiento.

En lo que respecta a la elección de las venas, hay que procurar tomar en primer lugar las venas más distales, dejando las de mayor calibre para situaciones de urgencia y volúmenes de perfusión mayores. Se debe tener en cuenta que las zonas de flexión pueden plantear acodaduras y dobleces en los catéteres con el movimiento de los pacientes. Las venas del dorso de la mano, las de la cara radial de la muñeca y las ubicadas a nivel de codo, tienen mayor riesgo de acodadura y angulación del catéter.

En la elección de la zona de punción es posible que se tenga que valorar la conveniencia de rasurar la zona. El método más aconsejable es cortar el pelo y menos el rasurado con maquinillas manuales, por la aparición de microtraumatismos que luego pueden favorecer la aparición de infección.

Otra precaución es sobre la presión que ejerce el torniquete. Esta debe traducirse en una interrupción de la circulación venosa pero no de la arterial. Además, hay que seguir procedimientos de higiene de las manos, lavándolas de forma convencional con jabón, antisépticos y agua, o con geles o espumas de alcohol sin agua; garantizar el lavado de manos antes y después de palpar las zonas de inserción de los catéteres, así como antes y después de insertar, reemplazar, acceder, reparar o colocar un apósito a un catéter intravascular. La palpación del sitio de inserción no puede hacerse después de la aplicación de antiséptico, a no ser que se mantenga la técnica aséptica. El uso de guantes no significa que se tenga que olvidar el lavado de manos.

Las venas de acceso periférico que se utilizan más frecuentemente para canalizar vías son en extremidades superiores: venas dorsales de la mano, vena cubital media, vena basilíca, vena cefálica; en extremidades inferiores: red venosa dorsal del pie, cuero cabelludo, epicraneales (en lactantes). Siempre que sea posible se debe evitar las prominencias óseas, las áreas de flexión y las venas de los miembros inferiores.

En este mismo contexto, hay que evitar la canalización de venas doloridas, inflamadas, esclerosadas o que estén en un área de extravasación o flebitis. No utilizar para la canalización un brazo en el que exista una fistula arteriovenosa. Además, se debe tener en cuenta la actividad del

paciente: movilidad, agitación, alteración del nivel de conciencia eligiendo la zona menos afectada. La palpación de las venas, generalmente, se realiza con más precisión si se hace con los dedos índice y medio de la mano no dominante pues tienen una mayor sensibilidad.

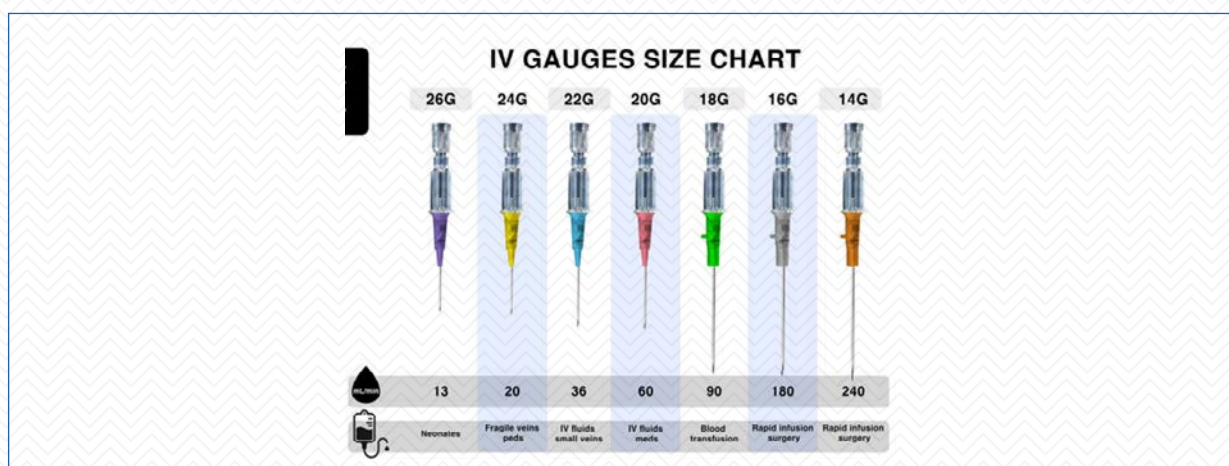
En las personas mayores las venas se encuentran más tortuosas, duras y varicosas. Los tratamientos con citostáticos y/o continuos afectan a las estructuras de las venas, así como los estados de shock. Por ello, hay que evitar las venas dañadas por punciones anteriores y las situadas en una extremidad lesionada o lado afectado quirúrgicamente.

El equipo a utilizarse será una bandeja conteniendo:

- Guantes de trabajo.
- Gasas estériles o algodón.
- Campo cerrado.
- Antisépticos (Alcohol).
- Torniquete.
- Cinta adhesiva o esparadrapo.
- Catéteres venosos según se requiera (ver Figura 55).
- Solución fisiológica.
- Paral.
- Contenedor de material desechable.

Figura 55

Tamaños de catéter intravenosos.



Fuente: imagen tomada de <https://bit.ly/4iqNu8r>

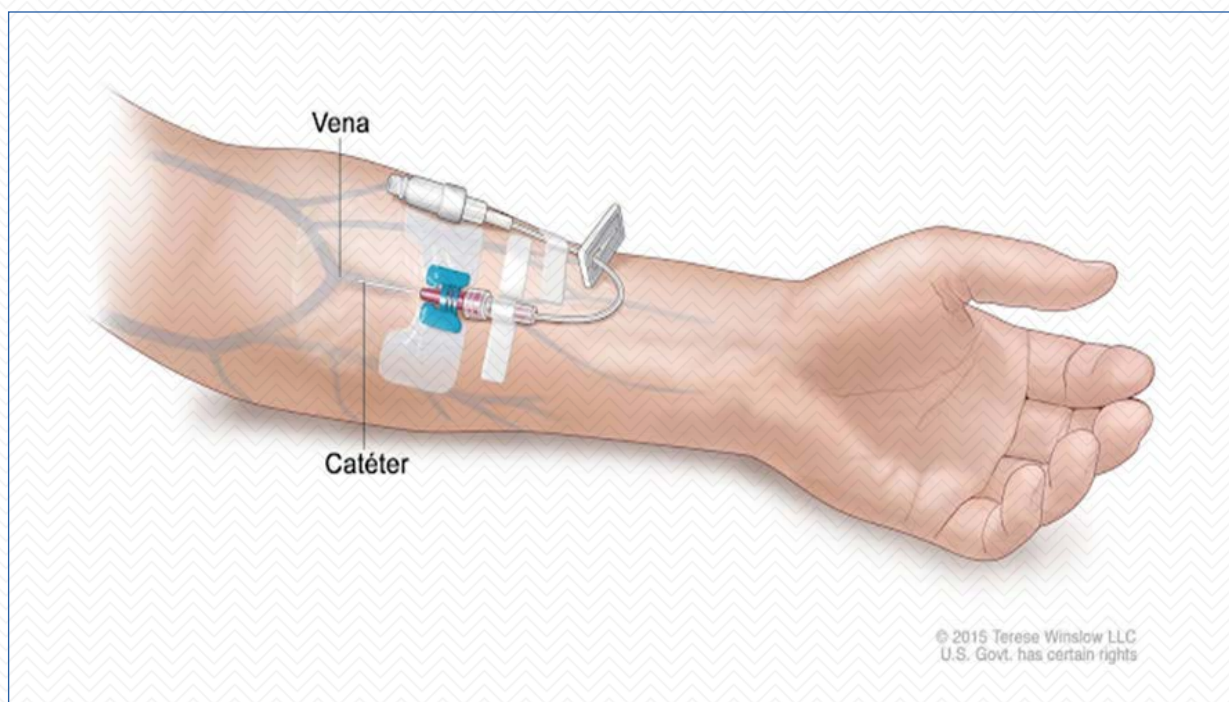
El procedimiento a seguir se describe a continuación:

1. Informar al paciente de la técnica que se le va a realizar.
2. Ubicar todo el material que se necesitará y trasladarlo al cubículo del paciente.
3. Colocar al paciente en una posición adecuada y cómoda de acuerdo a su estado de salud, preservando su intimidad.
4. Liberar la zona de compresiones añadidas por las ropas y objetos que pueda tener el paciente en la zona o miembro en la que se va a actuar (anillos, relojes, pulseras, ropas apretadas, entre otras).
5. Seleccionar la zona y vena sobre la que se va a realizar el acceso venoso periférico atendiendo a los siguientes aspectos: edad del paciente, causa que motiva la punción, tiempo estimado de utilización, velocidad de los fluidos, características de los medicamentos y soluciones a infundir, estado general de salud del paciente y particularmente de las venas, comodidad del paciente (valorar la posibilidad de dejar libre el miembro dominante del paciente) y calibre del catéter.
6. Realizar lavado de manos.
7. Colocar el campo cerrado debajo de la zona a puncionar.
8. Colocarse los guantes.
9. Aplicar el torniquete unos 10 a 15 centímetros por encima de la zona elegida.
10. Palpar la vena a puncionar y comprobar que se distiende suficientemente.
11. Aplicar las medidas de asepsia sobre la piel limpia, utilizando la solución antiséptica y dejar secar antes de la inserción.
12. Agarrar el catéter con la mano dominante y fijar la piel de la zona a puncionar con la mano no dominante.
13. Proceder a la punción y canalización con el bisel hacia arriba (ángulo de entre 15° y 30°), ligeramente un centímetro por debajo del punto elegido.
14. Progresar (con un ángulo algo menor para evitar perforar la vena) hasta la penetración del catéter en la vena.
15. Confirmar la colocación intravascular comprobando el reflujo de sangre en la recámara del catéter.
16. Retirar de manera parcial el fiador del catéter y progresar hasta dejar el catéter en el lugar deseado.
17. Retirar el torniquete.

18. Colocar el obturador y sellar el catéter con suero salino.
19. Verificar permeabilidad de la vía venosa infundiendo solución fisiológica.
20. Realizar la fijación del catéter con banda adhesiva, utilizando el método tradicional: dos bandas de cinta adhesiva con la corbata en la base del cono a nivel intermedio. El tamaño de la cinta adhesiva debe recortarse a la medida necesaria.
21. Si tiene indicado venoclisis, purgar y conectar el equipo de infusión, luego, abrir el paso de acuerdo con el goteo indicado.
22. Registrar en la evolución de enfermería: localización, tipo de catéter, fecha y demás características relacionadas con la inserción del catéter venoso periférico.

Figura 56

Técnica de inserción de catéter periférico.



Fuente: imagen tomada de <https://pin.it/6agtF99wc>

■ Administración de medicamentos vía intravenosa

Es la introducción de medicamentos al organismo a través de una vena. Los objetivos principales de este procedimiento son: introducir dosis precisas de sustancias al torrente circulatorio a través de las venas, obtener efectos terapéuticos rápidos y obtener efectos de un medicamento que no se absorbe por otra vía. Se la realiza bajo indicación médica estricta y firmada.

Como precauciones se debe verificar indicación médica; conocer las indicaciones y contraindicaciones del medicamento indicado; retirar inmediatamente la aguja e informar al médico en caso de reacciones desfavorables; asegurar de aplicar los diez (10) correctos (ver Figura 53).

El equipo a utilizarse será una bandeja conteniendo:

- Medicamento indicado.
- Tarjeta de medicamento.
- Escudilla con solución jabonosa.
- Torundas de algodón secas y húmedas.
- Pinza porta objeto.
- Inyectadoras con agujas.
- Torniquete.
- Riñonera.
- Campo estéril.

El procedimiento a seguir se describe a continuación:

+++++	
Acciones	Principios
+++++	
1. Verificar indicación médica.	- Evita confusión y errores de transcripción.
2. Preparar el equipo.	- Ahorra tiempo y energía.
3. Identificar al paciente y explicarle el procedimiento.	- Evita errores y permite la colaboración del paciente.
4. Lavarse las manos.	- Evita infecciones cruzadas.
5. Verificar el medicamento, a través de los cinco (5) correctos.	- Evita errores.
6. Preparar el medicamento según técnica.	- Permite lograr la máxima cooperación del paciente.
7. Colocar cómodamente al paciente y asegurarse que su brazo esté en posición correcta, según vena seleccionada.	- Favorece la dilatación de la vena.
	- Garantiza la introducción aséptica del
+++++	

8. Aplicar torniquete 10 a 15 centímetros encima del punto de inyección.

9. Palpar la vena seleccionada y limpiar la zona del centro a la periferia, utilizando algodón con alcohol. Dejar secar la piel.

10. Quitar el protector de la aguja e introducirla en la vena en un ángulo de 15 grados y con el bisel hacia arriba.

11. Halar el émbolo y ver si hay flujo de sangre.

12. Quitar el torniquete e introduzca el medicamento de inmediato y lentamente.

13. Observar al paciente durante la administración del medicamento.

14. Con una torunda de algodón ejercer presión suavemente en el borde de la aguja y retirar.

15. Dejar cómodo al paciente.

16. Deje el equipo limpio y en orden.

17. Lávese las manos.

18. Haga las anotaciones necesarias en el expediente clínico.

medicamento.

- Asegura que la aguja esté en vena.

- Evita la obstrucción de la vena y el catéter.

- Permite valorar cambios del estado de salud del paciente.

- La comodidad contribuye al bienestar físico y recuperación del paciente.

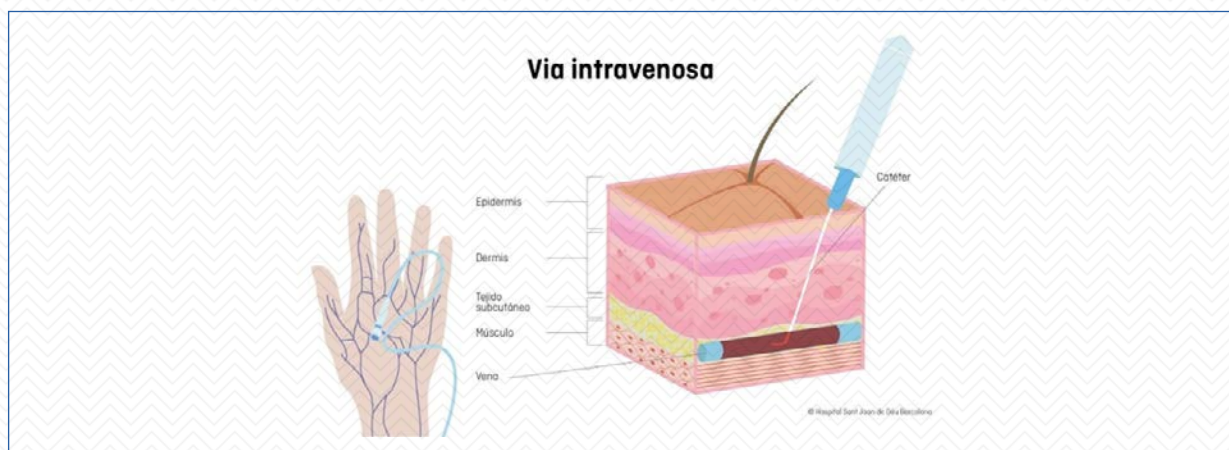
- Protege el equipo evitando su deterioro.

- Evita infecciones cruzadas.

- Permite el seguimiento sistemático y oportuno de los cuidados del paciente.

Figura 57

Técnica de administración de medicamentos intravenosa.



Fuente: imagen tomada de <https://bit.ly/41s1FmU>

■ Venoclisis

Es la introducción de grandes volúmenes de líquidos o soluciones a través de una vena. Sus objetivos son suministrar al organismo líquidos, electrolitos y sustancias vitales y terapéuticas; mantener vena permeable y ayudar a la eliminación de toxinas. Se lo realiza bajo indicación médica.

Como precauciones se debe: examinar la solución contra la luz para verificar la no precipitación; canalizar preferiblemente vías venosas en miembros superiores; verificar la fecha de vencimiento de la solución; verificar la esterilidad del equipo a utilizar, rotular el frasco de solución con datos del paciente y medicamentos que contenga; vigilar constantemente la región donde se cateteriza la vena.

El equipo a utilizarse será una bandeja conteniendo:

+++++	
- Catéter venoso.	- Alcohol.
- Macro o micro gotero.	- Torniquete.
- Extensión (K-25).	- Riñonera o bolsa de papel.
- Llave de tres (3) vías.	- Algodón.
- Solución indicada.	- Tijera.
- Adhesivo o esparadrapo.	- Reloj.
- Inyectadora.	- Paral.
+++++	

El procedimiento a seguir se describe a continuación:

+++++	
Acciones	Principios
+++++	
1. Verificar indicación médica.	- Evita errores de transcripción.
2. Identificar al paciente y explicarle el procedimiento.	- Permite la colaboración del paciente.
3. Lavarse las manos.	- Evita infecciones cruzadas.
4. Preparar el equipo, quitarle el protector al frasco o bolsa y limpiarlo con solución antiséptica:	- Ahorra tiempo y energía.
- Adaptar el macro o micro gotero al frasco de la solución indicada.	- Evita el paso del aire al torrente sanguíneo.
- Suspende el frasco en el soporte o paral.	
- Abrir la llave gradualmente y dejar que drene la solución a la riñonera.	
+++++	

- +++++
- Llevar la solución al cubículo del paciente y colocarlo sobre el velador o mesa de mayo.
 - Contribuye a la realización efectiva del procedimiento.
5. Colocar al paciente en posición cómoda y confortable.
6. Colocarse frente al paciente y adoptar una posición cómoda.
- Evita que la sangre se coagule y obstruya el catéter.
7. Localizar la vena que va a ser cateterizada.
8. Aplicar torniquete 8 a 10 centímetros por encima de la vena.
- Evita que el catéter se deslice al exterior.
9. Cateterizar la vena según técnica.
10. Conectar el macro o micro gotero al catéter venoso.
- Asegura al paciente la administración de los líquidos requeridos.
11. Retirar el torniquete y abrir la llave del macro gotero lentamente.
12. Fijar el catéter con esparadrapo o adhesivo.
- La comodidad contribuye al bienestar físico y recuperación del paciente.
13. En caso de niños, pacientes confusos o inconscientes, inmovilizar el brazo.
14. Regular el goteo según lo indicado.
- Evita infecciones cruzadas.
15. Dejar cómodo al paciente.
16. Lavarse las manos.
17. Hacer las anotaciones necesarias en el expediente clínico.
- Permite el seguimiento sistemático y oportuno de los cuidados del paciente.
- +++++

Figura 58

Administración de medicamentos a través de un sistema de infusión.



Fuente: imagen tomada de <https://images.app.goo.gl/NvYxz1tt84g1Cend6>

CAPÍTULO XI

Cuidados post-mortem



■ *Cuidados post-mortem*

Son todas aquellas actividades dirigidas a cubrir los aspectos legales y los de conservación del mejor aspecto posible del cadáver (Loaiza, et. al, 2014). Sus dos objetivos principales son: contribuir a conservar el tejido corporal y mejorar la apariencia del cadáver para ser entregado a sus familiares. Este procedimiento se realiza bajo certificación médica escrita en el formato respectivo.

Como precauciones se debe: verificar la certificación de muerte; identificar todo cadáver que vaya a egresar del servicio; brindar trato considerado y respetuoso al cadáver, tal y como si estuviera vivo; proporcione apoyo emocional a los familiares; entregue las pertenencias del difunto a los familiares y deje constancia por escrito. El equipo a utilizarse será:

- Equipo para baño en cama.
- Camilla.
- Dos (2) tarjetas de identificación.
- Gasa.
- Torundas de algodón.
- Mortaja o sábanas.

El procedimiento a seguir se describe a continuación:

+++++	
Acciones	Principios
+++++	
1. Preparar el equipo y llevarlo al cubículo del paciente.	- Ahorra tiempo y energía.
2. Proporcionar privacidad colocando un biombo.	- Evita impresiones desagradables a los demás pacientes y familiares del cadáver.
3. Colocar el cadáver en posición supina con una almohada debajo de la cabeza.	
4. Cerrarle los ojos, bajando los párpados.	- Evita deformación corporal y facilita el procedimiento.
5. Fijar la mandíbula con una toalla doblada debajo del mentón y colocar prótesis si el enfermo las usaba.	- Conserva el aspecto de sueño normal.
6. Retirar drenajes, catéteres, apósitos y limpiar el cuerpo si es necesario.	- Evita que el paciente quede con la boca abierta.

- +++++
7. Cruzar las manos del cadáver sobre el abdomen y sujetarlas si es necesario. - Elimina fluidos corporales, evitando malos olores.
8. Colocar en alguno de los pies la tarjeta de identificación. - Evita la confusión.
9. Colocar sábana o mortaja sobre la camilla.
10. Pasar el cadáver de la cama a la camilla. - Proporciona respeto a la dignidad del difunto.
11. Cubrir al cadáver con la mortaja o sábana.
12. Colocar la tarjeta de identificación del cadáver sobre la mortaja. - Evita la confusión.
13. Llamar al camillero para el traslado del cadáver a la morgue, en forma tan callada como sea posible. - Promueve la tranquilidad de los demás pacientes.
14. Realizar desinfección terminal a la unidad. - Disminuye el riesgo de contaminación.
15. Lavarse las manos.
16. Realizar informe escrito de lo sucedido. - Evita infecciones cruzadas.
- +++++

Referencias

Alfaro, R. (2014). *Aplicación del Proceso Enfermero Octava Edición*. Elsevier.

Alfaro-Lefevre, R. (2017). *Pensamiento Crítico, Razonamiento y Juicio Clínicos en Enfermería: Un Enfoque Práctico*. Elsevier España S.L.U.

Andrade-Pizarro, L. M.-S., Viris-Orbe, S. M., & Noboa-Mora, C. J. (2023). Retos y desafíos de enfermería en la actualidad. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, 7(14), 41-53. <https://doi.org/10.35381/s.v.v7i14.2525>

Barragán Becerra, J. A., Moreno Mojica, C. M., & Hernández Bernal, N. E. (2021). *Proceso de valoración semiológica de Chávez para el cuidado de enfermería*. (1 ed.). Editorial UPTC. <https://elibro.net/es/lc/istte/titulos/219236>

Carpenito, L. J. (2013). *Handbook of nursing diagnosis. 14th ed.* Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Consejo Internacional de Enfermeras. (2020). Directrices de enfermería de práctica avanzada. ISBN: 978-92-95099-73-9. Ginebra, Suiza. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN_APN%20Report_ES_WEB.pdf

Correa, E., Verde, E., & Rivas, J. (2016). *Valoración de enfermería basada en la filosofía de Virginia Henderson*. Universidad Autónoma Metropolitana. https://casadelibrosabierto.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/valoracion_de_enfermeria.pdf

Iyer, P., Taptich, B., & Bernocchi, D. (1997). *Proceso de enfermería y diagnósticos de enfermería*. 3ra edición. Mc Graw-Hill. .

Loaiza, C., Monge, J., Solís, M., Barrantes, G., Granados, G., Méndez, H., & Quiroz, P. (2014). *Manual de Procedimientos de Enfermería. Caja Costarricense de Seguro Social*. Gerencia Médica. <https://www.binasss.sa.cr/protocolos/manualenferm>

López, A., Licer, M., & Romanos, J. (2022). *La comunicación como elemento clave en el personal de enfermería*. *Revista Sanitaria de Investigación*, ISSN-e 2660-7085, Vol. 3, N° 9. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8656350>

NANDA. (2021). *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2021-2023*. 12a edición. Elsevier.

Pinargote et al. (2018). *Fundamentos Teóricos y Prácticos de Enfermería. 1ra Edición*. Mawil Publicaciones Ecuador. <https://mawil.us/wp-content/uploads/2021/04/fundamentos-teoricos-y-practicos-de-enfermeria.pdf>

Raile, M. (2022). *Modelos y teorías en enfermería, 10.ª edición*. Elsevier. <https://www.berri.es/pdf/MODELOS%20Y%20TEORIAS%20EN%20ENFERMERIA/9788413822990>

Ramírez et al. (2024). *La Comunicación en Enfermería: Una Perspectiva desde los Hospitales del Sur de Ecuador*. European Public & Social Innovation Review, 9, 1–18. <https://doi.org/10.31637/epsir-2024-405>

Reyes, E. (2015). *Fundamentos de enfermería. Ciencia metodológica y tecnología*. 2ª ed. Editorial El manual moderno.

Takáo, C., Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2021). *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2021-2023*, North American Nursing Diagnosis Association. Elsevier.

Yoshikawa, G., & Chaves, R. (2015). *Manual de semiología médica: a prática do exame físico*. EDUEPA.

Bibliografía consultada

Kálsh, R. (1993). *La Vejez: Perspectiva sobre el Desarrollo Humano*. Pirámide.

Maslow, A. (1975). *Motivación y Personalidad*. Sagitario.

Martínez G, E y Lerma G, J. (1990). *Atención primaria de salud: valoración del estado de salud*. 1ra Edición. OPS. ISBN: 9275320330

ISBN: 978-9942-676-94-8



Matriz La Magdalena: Calle Jambelí Oe3-158 y La Unión.
Campus Eloy Alfaro: José Barreiro y Av. Eloy Alfaro N52-85, Sector Solca.
Campus Calderón: Calle Los Cipreses N6-99 y Giovanni Calles.
Campus Pifo: Ignacio Fernández Salvador Oe2-439 y Pasaje Baldeón.
Sede Santa Elena: La Libertad, barrio 25 de Septiembre, Av. 25 y calle 28.
Sede Guayaquil: Calle 6 de Marzo y Rosendo Avilés, Barrio del Centenario.

www.tecnoecuatoriano.edu.ec



GRUPO
Technoecuatoriano