

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CICLO VITAL II

DOCENTES: E.U. CAROLINA TORO CÁRDENAS
E.U. ERIKA SEPÚLVEDA SAN JUAN.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
2. OXIGENOTERAPIA	4
3. TECNICA DE NEBULIZACIONES	9
4. TECNICA DE ASPIRACIÓN DE SECRESIONES	10
5. TECNICA DE INSTALACIÓN DE SNG	14
6. TECNICA DE INSTALACIÓN DE SNY	17
7. GASTROCLISIS	19
8. LAVADO GASTRICO	20
9. TECNICA DE ALIMENTACIÓN POR SNG-SNY	21
10. TECNICA DE INSTALACIÓN DE CATETER URINARIO	23
11. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA NO PARENTERAL (oral, sublingual, tópica, etc)	26
12. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMNETOS VÍA PARENTERAL (intradérmica, subcutánea: insulinoaterapia, heparina; intramuscular)	32
13. EXTRACCIÓN DE SANGRE POR PUNCIÓN VENOSA	42
14. EXTRACCIÓN DE SANGRE POR SISTEMA AL VACIO (VENOJECT- VACUTAINER)	44
15. PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS	46
16. DILUCIÓN DE MEDICAMENTOS	47
17. TECNICA DE INSTALACIÓN DE VÍA VENOSA PERIFERICA	53
18. TECNICA DE INSTALACIÓN DE FLEBOCLISIS	54
19. CALCULO DE DOSIS DE MEDICAMENTOS	55
20. CONTROL DE GLICEMIA CAPILAR	57
21. TRANSFUSIONES	57
22. TECNICA DE CURACIONES	59
23. EXTRACCION DE SUTURAS	65
24. INTERPRETACIÓN DE EXAMENES	66
25. TERMINOLOGÍAS MEDICAS	69
26. BIBLIOGRAFÍA	75

INTRODUCCIÓN

El ejercicio de cualquier profesión está regulado por la legislación vigente en nuestro país y nuestra profesión no está exenta de esto, relacionados con 2 aspectos fundamentales que son responsabilidad de los profesionales de enfermería y los derechos del usuario. Las responsabilidades básicas del profesional de enfermería son: promover la salud, prevenir enfermedades y proporcionar cuidados adecuados para restaurar la salud, o aliviar el sufrimiento (Consejo Internacional de Enfermeras –CIE-2000). Esto implica colocar en práctica todas las acciones propias de su ámbito de acción, asumir exigencias actualizando sus conocimientos permanentemente y potenciar sus habilidades, mediante el estudio individual, la relación con otros profesionales, los equipos de trabajo, etc, para mantener un nivel de competencia profesional adecuado para asegurar un cuidado de calidad al usuario que asiste a un centro asistencial.

El estudiante de enfermería no está exento de esto y es responsable si sus acciones causan daño a los usuarios, por lo cual, es importante que el alumnado vaya con conocimiento no solo teóricos si no también prácticos a un centro hospitalario, ya que ante una negligencia, malpraxis u omisión es responsable tanto el centro hospitalario, la enfermera de turno, la enfermera docente a cargo y el alumno y en algunos casos también el centro educativo.

Es por esto que se ha creado este Manual de Procedimientos destinado para alumnos cursando la asignatura Cuidados de Enfermería en el Ciclo Vital II y tiene por objetivo describir las técnicas y los procedimientos más realizados por el profesional de enfermería, adoptando un enfoque de proceso de enfermería, de tal forma, que en cada procedimiento no sólo se describe su ejecución si no también la preparación del alumno necesaria para otorgar un cuidado de calidad, esto incluye la valoración previa, los objetivos, el material a utilizar, la ejecución y la evaluación de los procedimientos.

TALLER DE OXIGENOTERAPIA

Definición: es una terapia medica con el fin de administra oxígeno en forma adicional. El oxígeno es un medicamento que debe ser utilizado en concentraciones y tiempo adecuado y requiere de criterios clínicos y de laboratorio para su indicación.

OBJETIVOS DE LA OXIGENOTERAPIA:

- Mantener niveles de oxigenación adecuados que eviten la hipoxia tisular.
- Presión parcial de O₂ (PO₂) en sangre arterial > 60 mmHg con una saturación de la hemoglobina (SO₂) del 90%.
- Proporcionar apoyo respiratorio indicado De manera segura y terapéutica
- Mantener una atmósfera húmeda para fluidificar secreciones
- Prevenir complicaciones de oxigenación inadecuada.

VALORACIÓN:

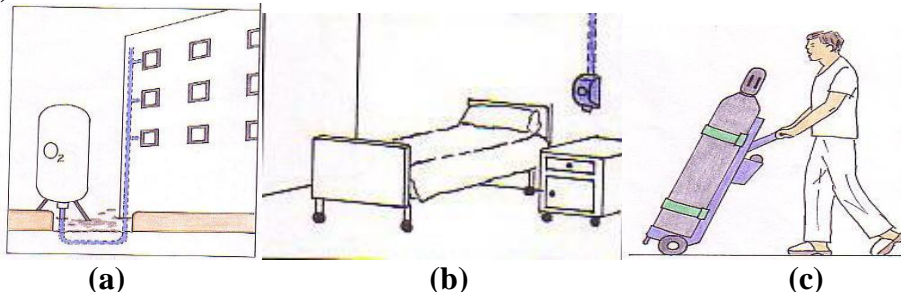
- Evalúe el estado clínico del usuario y su anamnesis respiratoria.
- Reconozca tipo de respiración y sus características.
- Evalúe la existencia de signos y síntomas de alteraciones respiratorias como: coloración de la piel, cianosis o palidez, ruidos respiratorios, sudoración, desorientación, disnea u otros.
- Valore los gases arteriales y/o saturometría.
- Determine temor, ansiedad y grado de conocimiento del usuario y familia acerca del procedimiento.

SITUACIONES DE HIPOXIA AGUDA:

- **Hipoxemia arterial.** Es la indicación más frecuente. Se presenta en casos de enfermedad Pulmonar obstructiva aórtica, asma, atelectasia, neumonía, mal de altura, neumonitis intersticial, fístulas arteriovenosas, tromboembolismo pulmonar, etc.
- **Hipoxia tisular sin Hipoxemia.** Sucede en casos de anemia, intoxicación por cianuro, estados hipermetabólicos, hemoglobinopatías, hipotensión marcada, etc.
- **Situaciones especiales** (en las que está recomendado el uso de O₂): IAM, falla cardiaca, shock hipovolémico, intoxicación por monóxido de carbono.

MATERIAL NECESARIO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO:

1) Fuente de suministro de O₂



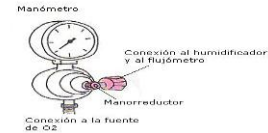
Lugar en el que se almacena el oxígeno y a partir del cual se distribuye. El O₂ se almacena comprimido para dar cabida a una mayor cantidad en los recipientes. Esta presión de gas ha de ser disminuida **antes da administrarlo**, evitando dañar el aparato respiratorio.

Las fuentes de O₂ pueden ser:

- **Oxígeno Central** (Fig. a y b). Usada en los hospitales, donde el gas se encuentra en un depósito central (tanque) ubicado fuera del Edificio que se distribuye por un sistema de tuberías.
- **Cilindro de presión** (Fig. c). Usada en tratamiento ambulatorio o cuando no se dispone del sistema central. Son recipientes metálicos alargados de mayor o menor capacidad (balas y bombonas respectivamente).

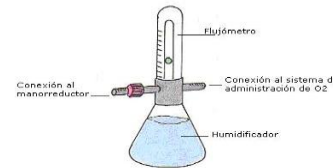
2) Manómetro y manorreductor:

Se acopla al cilindro, permite medir la presión a la que se encuentra el oxígeno dentro de éste (indicado mediante una aguja sobre una escala graduada).



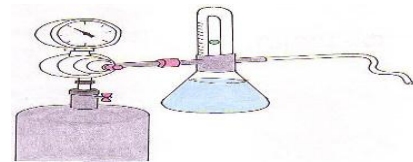
3) Flujómetro o caudalímetro:

Se acopla al manómetro. Permite controlar la cantidad de litros por minuto (flujo) que salen de la fuente de suministro de oxígeno (indicado mediante una aguja o una bolita sobre una escala graduada)



4) Humidificador:

El oxígeno cuando está comprimido es licuado, frío y seco. Al administrarlo debe humidificarse, para que no reseque las vías aéreas. Ello se consigue con el humidificador, recipiente que se llena, hasta 2/3 de su capacidad, con agua bidestilada estéril, que se cambia c/24 hrs.



SISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO:

En general, se dividen en dos grandes grupos:

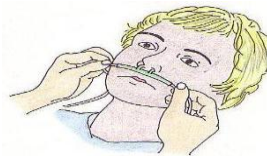
SISTEMAS DE BAJO FLUJO.

Empleado para administrar oxígeno en concentraciones bajas. No permite establecer la verdadera FiO₂ en el paciente ya que dependerá del flujo de oxígeno administrado, del volumen corriente y de la FR del paciente

NO ADMINISTRAR en pacientes con hipoxemia e hipercapnia, en los que la FiO₂ a suministrar ha de ser precisa.

* **FiO₂ = Fracción inspiratoria de O₂** (ó concentración de O₂ inhalado).

a) CÁNULAS, GAFAS NASALES O BIGOTERA.



Es el sistema más usado para administrar oxígeno a bajos flujos. Es barato, fácil de usar y en general muy bien tolerado. Permite hablar, comer, dormir y expectorar sin interrumpir el aporte de O₂. El flujo de oxígeno que se consigue con este dispositivo oscila entre 1-4 litros por minuto, lo que equivale a una FiO₂ teórica de 24-35%.

La bigotera o cánula nasal consisten en unos tubos plásticos flexibles que se adaptan a las fosas nasales y que se mantienen sobre los pabellones auriculares.

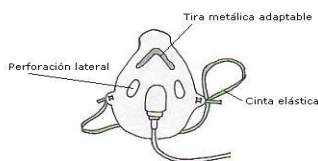
PROCEDIMIENTO PARA SU INSTALACIÓN:

- Reúna el material necesario: cánula nasal, agua bidestilada, fuente de oxígeno, pañuelos de papel.
- Lávese las manos.
- Informe al paciente de la técnica que va a realizar y solicite su colaboración. Pídale que se suene la nariz.
- Conecte el extremo distal de la cánula a la fuente de oxígeno.
- Introduzca los dientes de la cánula en las fosas nasales.
- Pase los tubos de la cánula por encima de las orejas del paciente y bajo el mentón ajustando la cánula, con el pasador, por debajo de la barbilla. (Los tubos deben adaptarse a la cara y el cuello del paciente sin presiones ni molestias).
- Seleccione en el flujómetro los litros de oxígeno prescrito.
- Lávese las manos.
- Registre en Hoja de enfermería

CUIDADOS POSTERIORES.

- Controle regularmente la posición y el ajuste de la cánula nasal, (puede soltarse fácilmente).
- Compruebe que las fosas nasales del paciente están libres de secreciones.
- Vigile las zonas superiores de los Pabellones auriculares y la mucosa nasal (lubrique los orificios nasales si es necesario, prevenga ulceraciones).

b) MASCARILLAS SIMPLES DE OXÍGENO.



Dispositivo de plástico, transparente, que cubre boca, nariz y mentón del paciente. Permite administrar concentraciones de O₂ mayores al 50 % con flujos bajos (6 – 10 lts x').

Interfiere para expectorar, comer y puede salirse cuando duerme.

Perforaciones laterales. Por ellas sale el aire espirado.

Cinta elástica. Sirve para ajustarla más la mascarilla.

Tira metálica adaptable. Sirve para adaptarla a la forma de la nariz del paciente.

PROCEDIMIENTO PARA LA INSTALACIÓN:

- Reúna el material necesario: mascarilla, agua bidestilada y fuente de oxígeno.
- Lávese las manos.
- Informe al paciente de la técnica que ha de realizar y solicite su colaboración.
- Conecte la mascarilla a la fuente de oxígeno y abra el paso de oxígeno a los litros indicados.
- Sitúe la mascarilla sobre la nariz, la boca y el mentón del paciente.
- Pase la cinta elástica por detrás de la cabeza del paciente y tire de sus extremos hasta que la mascarilla quede bien ajustada en la cara.
- Adapte la tira metálica al contorno de la nariz del paciente. Con ello se evitan fugas de oxígeno hacia los ojos y hacia las mejillas.
- Seleccione en el flujómetro la cantidad de litros de oxígeno prescrito.
- Lávese las manos.
- Registre en Hoja de enfermería

CUIDADOS POSTERIORES.

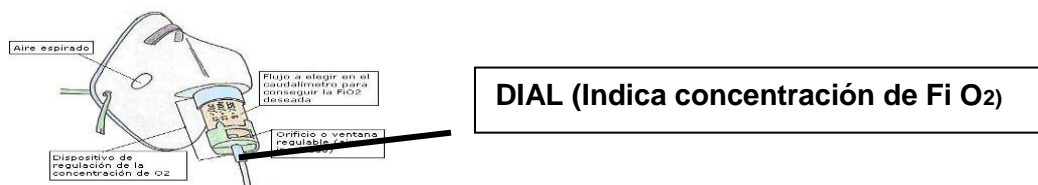
- Controle regularmente que la mascarilla está en la posición correcta.
- Compruebe que la cinta no irrita el cuero cabelludo ni los pabellones auriculares.

- Vigile que no haya fugas de oxígeno por fuera de la mascarilla (especialmente hacia los ojos).
- Valore las mucosas nasal y labial y lubríquelas si es necesario.

c) SISTEMAS DE ALTO FLUJO: MASCARILLA CON SISTEMA VENTURI.

Permiten obtener **FiO₂** de una forma más exacta, independientemente del patrón ventilatorio del paciente.

Indicados en enfermos con insuficiencia respiratoria aguda grave en los que es preciso controlar la insuficiencia de forma rápida y segura.



Tiene las mismas características que la mascarilla simple, pero en su parte inferior posee un dispositivo (dial), que permite regular la concentración de oxígeno que se desea administrar. Esto se consigue por el orificio o ventana regulable, que posee el dial del venturi en su parte inferior. En el cuerpo del dispositivo vienen indicados, frente a cada concentración, los litros de O₂ a elegir en el flujómetro.

PROCEDIMIENTO PARA SU INSTALACIÓN:

- Reúna el material necesario: mascarilla venturi, agua bidestilada y fuente de oxígeno.
- Lávese las manos.
- Informe al paciente de la técnica que va a realizar y solicite su colaboración.
- Conecte la mascarilla a la fuente de oxígeno.
- Seleccione en el dispositivo de la mascarilla la FiO₂ que desea administrar.
- Sitúe la mascarilla sobre la nariz, la boca y el mentón del paciente.
- Pase la cinta elástica por detrás de la cabeza del paciente y tire de sus extremos hasta que la mascarilla quede bien ajustada en la cara.
- Adapte la tira metálica al contorno de la nariz del paciente. Con ello se evitan fugas de oxígeno hacia los ojos y hacia las mejillas.
- Seleccione en el flujómetro los litros de oxígeno que corresponde a la FiO₂ prescrita.
- Lávese las manos.
- Registre en Hoja de enfermería

CUIDADOS POSTERIORES.

- Controle regularmente que la mascarilla está en la posición correcta
- Compruebe que la cinta no irrita el cuero cabelludo ni los pabellones auriculares.
- Vigile que no haya fugas de oxígeno por fuera de la mascarilla (especialmente hacia los ojos).
- Valore las mucosas nasal y labial y lubríquelas si es necesario.

d) Mascarilla de alto flujo con reservorio

Este tipo de mascarilla permite una FiO₂ entre 80- 100% con 15 litros de O₂.



MEDIDAS DE SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO

El oxígeno no es un gas inflamable, pero favorece que ardan otras materias. En el cilindro de presión vienen especificadas las siguientes advertencias:

- El O₂ acelera la combustión. Consérvese alejado de material combustible, no utilizar grasas ni aceite.
- Abrir el grifo lentamente.
- Cerrar el grifo cuando no se utilice la botella o esté vacía.
- No aproximar la botella al fuego, ni ponerla al sol.
- Evitar golpes violentos.
- Evitar el contacto con grasas o aceites.
- Mantener siempre el sombrerete de protección.

Concentraciones de oxígeno generadas por diferentes dispositivos de administración		
	Flujo O₂ (l/min)	FiO₂ (%)
Aire ambiente (sin administración de O₂)	0	21
Cánulas o gafas nasales	1	24
	2	28
	3	32
	4	36
	5	40
Mascarilla tipo Venturi (verificar el flujo en l/min según indicación del fabricante)	3	24
	6	
	28	
	9	35
	12	40
Mascarilla de alto flujo	15	50
	15	80 - 100

OBSERVACIONES:

- El oxígeno puede favorecer riesgos de incendio
- El oxígeno seca las mucosas y las irrita. La higiene y lubricación de ellas favorecen la comodidad del paciente y evita erosiones.
- Es importante mantener las vías aéreas libres de secreciones para un efectivo tratamiento

CUIDADOS:

- Programe aseo de cavidades y lubricación cada 4 a 6 hrs.
- Prevención de escaras en áreas de presión de la mascarilla. Mantenga seca la zona.
- Nunca rellene el agua del humidificador, cámbiela las veces necesarias para mantener el nivel indicado.
- El equipo es individual. Se limpia cada 24 hrs y elimina al alta del paciente.
- Controle FC y FR según norma del servicio o SOS
- Tome muestra de sangre arterial según indicación médica.
- Observe reacciones del paciente: estado de conciencia, expresión facial, coloración de mucosa y piel.

TALLER DE NEBULIZACIONES (NBZ)

OBJETIVO:

- Fluidificar secreciones.
- Administrar medicamentos por vía aérea.

VALORACIÓN:

- Valore el patrón respiratorio del paciente, tipo de respiración y frecuencia.
- Identifique antecedentes de neumonía, asma, disnea, TBC y otras alteraciones respiratorias.
- Identifique hábito de fumar.
- Valore el grado de conocimiento que tiene el usuario y familia sobre este tipo de terapia respiratoria.

EQUIPO:

- 1 fuente de oxígeno.
- Conexión de silicona
- Adaptador
- Suero fisiológico
- Mascarilla
- Medicamento
- Micronebulizador

PROCEDIMIENTO: (INDICACIÓN MÉDICA)

- Informe al paciente del procedimiento
- Reúna el material
- Lávese las manos
- Prepare la solución a utilizar, con técnica aséptica, y póngala en el micronebulizador
- Llévelo a la unidad del paciente
- Coloque al paciente sentado, o, en el ángulo más cercano a 90°
- Conecte el sistema a la fuente de oxígeno o aire comprimido en retenedores de CO₂ y de un flujo no mayor de 8 litros por minuto.
- Ubique la mascarilla en la cara del paciente abarcando nariz y boca por 10 minutos.
- Retire la nebulización, acomode al paciente
- Desarme el equipo, lave el nebulizador, seque, guarde en una bolsa en la unidad del paciente.
- Lávese las manos
- Registre en Hoja de Enfermería hora, solución administrada y ejecutor.

TALLER DE ASPIRACIÓN DE SECRECIÓN EN LA VIA AÉREA

DEFINICIÓN: procedimiento mediante el cual se aspiran secreciones de la vía aérea, por medio de una sonda conectada a una fuente de aspiración, a través de la boca, nariz o faringe (vía alta) o con la ayuda de un TET (vía baja).

OBJETIVO:

1. Mantener las vías respiratorias permeables para facilitar el intercambio gaseoso.
2. Aumentar la eficiencia de la aspiración mediante la estimulación de la tos y la respiración profunda.
3. Obtener secreciones para exámenes con fines diagnósticos.
4. Prevenir complicaciones respiratorias.
5. Evitar la práctica de intubación traqueal y mantener limpia la vía aérea en pacientes con bajo nivel de conciencia y escasa colaboración.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

- Evaluar la capacidad del paciente para eliminar secreciones por medio de la tos.
- Determinar FR valorando características de la respiración.
- Evalúe coloración de la piel y presencia de cianosis.

INDICACIÓN:

- Trastornos neuromusculares que dificultan la expectoración.
- Infección pulmonar y bronquial en que ha habido aumento anormal de las secreciones respiratorias y que por si solo no es capaz de eliminarla.
- Paciente bajo sueño anestésico, inconsciente, en que está ausente el reflejo de la tos.
- RN en el momento de nacer.
- Pacientes sometidos a cirugía de nariz, faringe, esófago, tráquea.

COMPLICACIONES:

- Lesión nasal, bucal
- Cianosis, hipoxia.
- Infección respiratoria.
- Broncoespasmo
- Arritmias cardíacas, especialmente bradicardia o bloqueo aurículoventricular por estimulación de los receptores sensoriales del nervio aéreo.
- Laringoespasmo
- Estimulación vagal y arritmias.
- Obstrucción de la vía aérea superior.

CONTRAINDICACIÓN:

- Pacientes con hemorragia nasofaríngea activa.
- Pacientes con rinorraquis

ASPIRACION DE SECRECIONES ORONASOFARINGEAS

DEFINICIÓN: Procedimiento realizado con técnica aséptica en el cual se eliminan secreciones de la boca, nariz o faringe por medio de un catéter conectado a una fuente de aspiración (vacío), para mantener permeable la vía aérea superior y prevenir aspiración traqueal.

OBJETIVOS:

- Eliminar las secreciones en forma mecánica.
- Evitar obstrucción de la vía aérea.

VALORACIÓN:

- Valore estado clínico general y cognitivo del usuario para cooperar en el procedimiento.
- Determine el grado de conocimiento del usuario sobre el procedimiento y su disposición a cooperar.
- Valore la capacidad del usuario para eliminar las secreciones por medio de la tos.
- Determine la frecuencia respiratoria del usuario y las características del patrón respiratorio.
- Valore la coloración de la piel y mucosas (presencia de cianosis).

EQUIPO:

- Fuente de aspiración (aspiración central o motor de aspiración)
- Sonda de aspiración (**niños 10 – 12 Fr, Adultos 12 –14 Fr**)
- Equipo de aseo de cavidades (1 riñón, 1 copela o riñón para depositar el suero fisiológico, tórculas de algodón, 1 pinza Kelly)
- Agua corriente (vía alta). o bidestilada
- Guantes de procedimiento
- Bolsa para desechos
- Toalla de papel
- Agua destilada 20cc
- Jeringa de 10cc

PROCEDIMIENTO:

1. Verificar que el equipo esté completo en la unidad del paciente y el frasco de aspiración
Con las siliconas conectadas.
2. Informe al paciente el procedimiento que le va a realizar.
3. Lávese las manos y reúna el equipo. Llévelo a la unidad del paciente.
4. Coloque al paciente en posición semisentado, cuello hiperextendido. Proteja la ropa colocando toalla nova sobre el pecho de éste.
5. Si el paciente está con oxígeno, hiperoxigene durante algunos minutos antes, durante y después de la aspiración.
6. Abra el equipo de cavidades y vierta solución fisiológica en la copela.
7. Colóquese guantes de procedimiento
8. Conecte la sonda a la conexión de silicona y ésta a la aspiración central y verifique la
Presión de aspiración a usar.

9. La mano derecha la empleará para manipular el extremo distal de la sonda (en contacto con la secreción del paciente), la mano izquierda manipulará el sistema de encendido de la aspiración y luego el obturador de la sonda para aspirar (evite contaminar con la secreción del paciente).
10. Encienda la aspiración y verifique la **presión a usar**:
11. Proceda a aspirar, introduzca la sonda sin obturar (aspira) primero por nariz y luego por boca + - 7 cm, sin forzar. Aspire ocluyendo el obturador y rotando con movimiento suave en retirada por un tiempo de **3 – 5 segundos (no exceder a 12 seg)**. La rotación evita que irrite la mucosa al adherirse a ésta y el tiempo, al ser breve, permite al paciente respirar y tranquilizarse.
12. Lave la sonda con agua destilada, introduciendo
13. Repita el procedimiento hasta que escuche al paciente despejado. Si el paciente está consciente, solicítele que tosa y expectore a boca para facilitar la aspiración.
14. Realice aseo de cavidades, cepille dientes y lengua. Aspire nuevamente si lo requiere.
15. Elimine la sonda y guantes
16. Acomode al paciente. Reinstale la oxigenoterapia si estaba previamente*
17. Lávese las manos
18. Retire el equipo, lave, seque y guarde.
19. Lávese las manos.
20. Registre en hoja de enfermería cantidad y calidad del desecho aspirado.

ASPIRACION DE SECRECIONES POR TET- TQ.

DEFINICIÓN: es el procedimiento mediante el cual se eliminan con técnica aséptica, secreciones de tráquea o bronquios, por medio de una sonda a través de un tubo endotraqueal o cánula de traqueotomía para mantener permeabilidad de la vía aérea artificial.

OBJETIVOS:

- Favorecer la limpieza de la vía aérea que se encuentra alterada por el cierre incompleto de la glotis, transporte mucociliar reducido, hipersecreción y viscosidad anormal del mucus, edema intersticial y reflejo disminuido o ausente.
- Limitar la introducción de gérmenes patógenos al árbol traqueobronquial.
- Mejorar el patrón respiratorio, favoreciendo el adecuado intercambio de gases.
- Mantener una vía aérea artificial permeable.

VALORACIÓN:

- Valore el tipo de patología, estado clínico y cognitivo del usuario.
- Valore las condiciones hemodinámicas y patrón respiratorio.
- Evalúe la cantidad y calidad de secreciones endotraqueales.
- Valore los signos que indican la necesidad de aspiración.
- Evalúe la tolerancia del usuario al tubo endotraqueal o traqueotomía.
- Identifique el sistema de oxigenoterapia que usa el usuario.

EQUIPO:

- Fuente de aspiración (aspiración central o motor de aspiración)
- Sonda de aspiración
- Suero Fisiológico en ampollas 10 o 20cc

- Guantes estériles
- Conexiones de silicona limpias
- Agua destilada en ampolla de 20cc
- Guantes de procedimiento
- Apósito o gasa estéril
- Jeringa de 10cc

PROCEDIMIENTO:

- 1.- Verificar que el equipo este completo en la unidad del paciente y al frasco de aspiración con las siliconas conectadas.
- 2.- Lávese las manos.
- 3.- Informe al paciente del procedimiento, si es posible hacerlo.
- 4.- Si el paciente está conectado a Ventilación Mecánica, con FiO2 inferior al 50%, aumentarla al 100%, unos minutos antes de iniciar la aspiración y mantenerla algunos minutos después de terminada la técnica.
- 5.- Seleccione la sonda de aspiración a utilizar, de acuerdo al lumen del TET.
 - RN – 18 meses : sonda 6 a 8 F
 - Niños : sonda 10 a 12 F
 - Adultos : sonda 12 a 16 F
 - + de 75 años : sonda 10 a 14 F
- 6.- Colóquese guantes estériles.
- 7.- El ayudante con guantes de procedimientos presenta la sonda de aspiración al operador.
- 8.- El operador conecta la sonda a la conexión siliconada que sostiene el ayudante y se verifica la presión a usar.

Menor 1 año	: 60 – 80 mmHg
1 – 8 años	: 80 – 120 mmHg
Adultos	: 120 – 150 mmHg
Mayores de 75 años:	80 – 120 mmHg

- 9.-El ayudante coloca un apósito estéril bajo el TET, para proteger el conector del ventilador o el tubo T, al momento de desconectarlo.
- 10.- El ayudante con una mano sostiene el TET y con la otra el tubo del ventilador, procede a desconectar.
- 11.- El operador **con técnica aséptica** introduce la sonda sin aspirar, a través del lumen del TET, hasta llegar a la carina y procede a retirar aspirando con movimientos rotatorios entre el dedo índice y pulgar.
- 12.- Cada aspiración no debe durar más de 12 a 15 seg. En el adulto y no más de 10 seg. En el neonato 5 seg.
- 13.- El ayudante conecta el ventilador o tubo en T, y presenta el agua destilada en ampolla de 20cc, para que el operador introduzca la sonda y la enjuague sin contaminar.
- 14.- Si las secreciones son muy densas o adherentes, proceda a instilar con suero fisiológico y luego aspire (1cc hasta 3 veces).
- 15.- Repita el procedimiento las veces que sea necesario, deteniéndose donde escucha movimiento o ruido de secreciones.
- 16.- Deje las conexiones de silicona limpias.
- 17.- Desconecte la sonda y deséchela, el ayudante protege la conexión siliconada con el envoltorio de la sonda y cierra el sistema de aspiración.
- 18.- Retírese los guantes y deje cómodo al paciente.

19.- Lávese las manos.

20.- Registre características y cantidad de secreciones aspiradas, en Hoja de Enfermería.

OBSERVACIONES:

- Los bronquios y área pulmonar son susceptibles de infectar. Es de rigor el uso de técnica aséptica. La aspiración no debe exceder los 15”
- Aspiraciones muy frecuentes pueden exacerbar en una hipersecreción y producir cierto grado de hipoxia.
- Nunca aspirar cuando introduzca el catéter, esto puede dañar la mucosa.
- Se debe usar la sonda por una sola vía.
- En caso de extrema urgencia podría aspirar por TET sólo un operador, entendiendo el mayor riesgo de quiebre de técnica. Recordar que la mano dominante tendrá contacto con la cavidad del paciente (área contaminada) y la mano contraria podría operar equipos (área limpia).

**INSTALACIÓN Y MANTENCION DE SONDA NASOGÁSTRICA
(SNG)**

DEFINICIÓN: También llamada Sonda de Levin, consiste en la introducción de este catéter (sonda nasogástrica) a través de uno de los orificios nasales hasta el estómago con fines diagnósticos o terapéuticos.

OBJETIVO:

- Descomprimir la cavidad gástrica de su contenido líquido gaseoso.
- Realizar lavado gástrico.
- Prevenir la distensión gástrica.
- Tomar muestra de contenido gástrico para exámenes.
- Administrar alimentación y/o medicamentos al usuario.

VALORACIÓN:

- Valore el conocimiento y experiencia del usuario con este procedimiento.
- Verifique condiciones físicas y características naso y bucofaríngeas del usuario que puedan obstaculizar la introducción de la sonda.
- Evalúe las condiciones clínicas y cognitivas del usuario para cooperación en el procedimiento.

MATERIAL:

- 1 Sonda nasogástrica (14 a 18 Fr).
- Lubricante hidrosoluble (glicerina) para lubricar.
- Jeringa de 20 – 50 cc.
- Fonendoscopio.
- Guantes de procedimiento.
- Riñón.
- Tela adhesiva
- Toalla de papel
- Frasco o caluga de suero desocupada para caída libre
- Bolsa de desecho

Opcional: Solución para lavado gástrico (suero fisiológico, agua potable); copa graduada; equipo para administrar alimentación o medicamento.



PROCEDIMIENTO:

1. Verifique la identificación del paciente y la indicación de la instalación de SNG en F. Clínica.
2. Explique al paciente el procedimiento a realizar. Solicítele su colaboración.
3. Reúna el material a utilizar
4. Ubicar al paciente en decúbito supino semi Fowler, 45°; cabeza ligeramente inclinada hacia delante.
5. Lávese las manos y colóquese los guantes procedimiento.
6. Determine la longitud de la SNG a introducir, tomando la distancia desde la nariz al pabellón auricular, y de este al apéndice xifoide, marcar este punto con tela o lápiz permanente.
7. Lubrique la punta de la sonda con agua.
8. Traccione la nariz hacia arriba e introduzca la SNG, suavemente, por un orificio nasal, cuando pase a faringe (paciente manifiesta náusea), pida al paciente que degluta. El TPM asistirá dando agua con jeringa si el estado de conciencia del paciente lo permite.
9. Introducir la SNG en forma rápida, hasta la medida prevista, aspire con jeringa comprobando su ubicación con la salida de contenido gástrico; si no sucede, sumergir el extremo distal en un vaso con agua
10. Fijar la sonda, con tela, al tabique nasal y en la mejilla del paciente.
11. Conectar la sonda a: llave de tres pasos o jeringa (ocluida).
12. Conectar la SNG a un frasco o bolsa recolectora por debajo del nivel del estómago para facilitar la salida del contenido gástrico por gravedad (caída libre) o a vacío intermitente.
13. Registrar en Hoja de enfermería, hora, fecha, persona responsable de la ejecución y observaciones

OBSERVACIONES:

- Durante su instalación, nunca forzar la entrada, ya que puede haber algún tipo de obstrucción y podríamos causar alguna lesión.
- Retirar a la brevedad si observamos al paciente con algún signo de dificultad respiratoria (cianosis y náusea persistente).
- En recién nacidos, colocar de preferencia orofaríngea (bajo diámetro de la fosa nasal).
- Explicar al paciente, el procedimiento, disminuye la ansiedad y permite su cooperación.
- El lavado de manos y uso de guantes, disminuye el riesgo de infección (exige técnica aséptica por el riesgo de ingresar a la vía aérea).
- La posición decúbito supino Fowler, hace más fácil la deglución y disminuye el riesgo de aspiración en caso de vómito.
- Evite la presión de la sonda contra la pared nasal, puede provocar necrosis de la zona.
- La fijación con cinta adhesiva evita el desplazamiento de la SNG, asegurándose que al moverse no tire la sonda.

CUIDADOS DE LA SNG.

- Realizar aseo de cavidades cada 4 horas o según necesidad, utilizando un aplicador con algodón y agua tibia.
- Lubricar la fosa nasal que contiene la sonda.
- Rotar, diariamente, la sonda evitando su adherencia a la pared de la fosa nasal.
- Cambiar la fijación en forma diaria.
- Cuando la SNG está indicada a caída libre, aspire cada 4 a 6 horas o según referencia médica.
- Mida el contenido Drenado cada 24 horas o SOS.
- Pinzar por 30 minutos si se ha utilizado para administrar medicamentos o alimentos.
- Permeabilizar, después de administrar alimentos o medicamentos, con agua (+ - 40cc).

RETIRO DE LA SNG

Material:

- Guantes de procedimiento
- Jeringa de 20 cc
- Toalla de papel
- Riñón

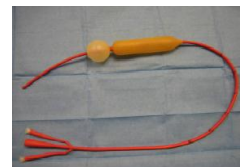
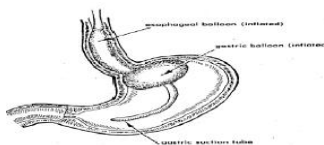
Procedimiento:

- Lleve el equipo a la unidad del paciente.
- Explique el procedimiento, para el retiro de la sonda.
- Lávese las manos y colóquese los guantes.
- Coloque una toalla de papel sobre el pecho del paciente.
- Aspire la sonda, ocluya y retire la fijación.
- Solicite al paciente que retenga la respiración y retire la sonda en forma suave y continua.

- Ofrezca al paciente la toalla para que se limpie la nariz. Si es necesario realice aseo de cavidades.
- Retire restos de tela, elimine sonda y desechos.
- Retírese los guantes, lávese las manos, registre el procedimiento y las observaciones correspondientes.

OTRAS SONDAS GÁSTRICAS

Sonda de Sengstaken-Blakemore:



Usada para controlar la hemorragia por varices esofágicas. Consiste en una sonda con tres vías, una para el lavado gástrico y las otras dos para insuflar los balones gástrico y esofágico. Existen sondas con una cuarta vía, la cual permite la aspiración del contenido esofágico.

Sonda de Alimentación: (SNY)

Cuando se necesita para alimentar, se escoge la más delgada por la que puedan pasar los alimentos, porque es mejor tolerada por los pacientes. En el mercado se encuentra actualmente una gran variedad de sondas diseñadas con este fin específico, como las de Sustagen Dobghcoff, Keofed etc.



Para alimentación se prefiere el uso de **sondas nasoyeyunales** y su correcta colocación se verifica con rayos (son radio-opacas) Son muy usadas en pacientes que no tienen alternativa de una alimentación oral por un tiempo significativo. Su instalación es similar a la SNG, una vez llegado a la cavidad gástrica, se introduce con apoyo de Rx y el paciente en posición lateral derecho.

Gastrostomía:

Comunicación directa del estómago al exterior a través de un estoma en la piel (generalmente se utiliza sonda Pezzer). Se utiliza para proporcionar alimentación a pacientes con compromiso del reflejo de deglución o problemas neurológicos.

TECNICA DE INSTALACION DE SONDA NASOYEYUNAL

DEFINICIÓN: es la introducción de una sonda, con guía, hacia el yeyuno con igual técnica de la SNG con fines terapéuticos.

OBJETIVOS:

- Administración de medicamentos.
- Administración de alimentación enteral.

VALORACIÓN:

- Evalúe las condiciones clínicas y cognitivas del usuario para cooperar en el procedimiento.
- Evalúe el conocimiento y experiencia del usuario en relación a la instalación de sonda nasoyeyunal.
- Verifique condiciones físicas, características nasales y bucofaríngeas del usuario que puedan obstaculizar la introducción de la sonda.

EQUIPO:

Bandeja con:

- Sonda Nasoyeyunal.
- Guantes de procedimiento.
- Jeringa de 20 cc
- Tela adhesiva.
- Fonendoscopio.
- Recolector de contenido gástrico.
- Equipo de aseo de cavidades.

Procedimiento:

1. Lávese las manos.
2. Reúna el material necesario y déjelo en la bandeja .
3. Traslade el equipo a la unidad del paciente y verifique que sea el paciente correcto.
4. Explique procedimiento al paciente y solicite su cooperación.
5. Colóquese los guantes de procedimiento.
6. Coloque al paciente en posición fowler si su condición lo permite. En caso contrario mantener en decúbito dorsal, lateralizando cabeza
7. Realice aseo de cavidades.
8. Mida desde el lóbulo de la oreja hasta la aleta nasal y desde allí hasta el apéndice xifoides y luego hasta la zona umbilical. Marque el punto determinado con un plumón o cinta adhesiva.
9. Lubrique la punta de la sonda con agua.
10. Levante la cabeza del paciente apoyando los dedos de la mano izquierda en la frente y con el pulgar levante la nariz e introduzca suavemente la sonda por el orificio nasal.
11. Cuando la sonda llega a la garganta (el paciente presentará nauseas), baje la cabeza del paciente. Si el paciente esta conciente de a beber agua (si su condición lo permite) en pequeñas cantidades con una jeringa colocada en la comisura labial, al ir tragando usted introduzca la sonda suavemente pero rápido.
12. En paciente inconsciente abrir la boca para ver si la sonda no está enrollada allí, de ser así repita el procedimiento.
13. Siga introduciendo hasta llegar a la zona marcada en la sonda.
14. Verifique si está en estómago de la siguiente manera.
15. Introduzca el extremo bajo agua y observe burbujas, podría estar en vía aérea, además observe coloración (cianosis).
16. Introduzca 20 cc. de aire al estomago y simultáneamente ausculte con el fonendoscopio en la zona epigástrica (se debe escuchar la salida del aire).
15. Aspire contenido gástrico con jeringa de 20 cc, vacíelo en el riñón o en un vaso graduado, mida y observe características del contenido.
16. Con la jeringa de 20 cc administre gran cantidad de aire al estomago (± 100 jeringadas).
17. Luego ubique al paciente de decúbito lateral derecho, si su condición lo permite.
18. Introduzca nuevamente la sonda y al mismo tiempo aire a través de la jeringa.
19. Una vez llegada a la marca ausculte la salida de aire de la sonda, ubicando el fonendoscopio en la zona de flanco derecho y mesogastrio.
20. Aspire con la jeringa contenido de yeyuno el cual debe ser amarillo oro.
21. Corte un trozo de tela en forma de **H**.

22. Fije la sonda con la tela adhesiva a la nariz evitando comprimir la aleta nasal.
23. Deje la SNY ocluida sin retirar la guía.
24. Deje cómodo al paciente, retire el equipo y ordene.
25. Quítese los guantes y lávese las manos.
26. Registre el procedimiento en la hoja de enfermería indicando: N° de sonda, fecha, hora, características del contenido gástrico, reacción del paciente y nombre de responsable.
27. Controle con radiografía abdominal, para observar ubicación de la sonda, si la sonda esta en yeyuno retirar guía.

Nota:

- La instalación de SNY es una técnica médica (exceptuando en UCI que es realizada por la enfermera).
- Idealmente administrar 1 ampolla de Metoclopramida 30 min. previo a la instalación de la SNY para favorecer la motilidad intestinal, pero siempre con indicación medica.

GASTROCLISIS

DEFINICIÓN: es el procedimiento mediante el cual se introduce una solución por goteo a la cavidad gástrica a través de una sonda:

OBJETIVOS:

- Administración de alimento y/o soluciones farmacológicas en el tubo digestivo.
- Lavar el tubo digestivo para la preparación de cirugías.

VALORACIÓN:

- Evalúe la experiencia que tenga el usuario del procedimiento.
- Confirme la indemnidad del tubo digestivo.
- Valore el estado general clínico y cognitivo del usuario.
- Identifique el objetivo del procedimiento.

EQUIPO:

- Solución a administrar.
- Equipo de perfusión.
- Guantes de procedimientos.
- Delantal o pechera plástica.
- Mascarilla y antiparras.
- Portasueros.
- Tijeras.
- Jeringa de 20 o 50 cc.
- Depósito para desechos.

PROCEDIMIENTO:

1. Reúna el material y llévelo a la unidad del usuario. (identifique al usuario verbalmente y en ficha clínica y/o brazalete)
2. Verifique indicación médica.
3. Explique el procedimiento a realizar al usuario y/o familia.

4. Colóquese el delantal, mascarilla, antiparras (SOS), lávese las manos y colóquese los guantes.
5. Coloque la solución a administrar entibiada en un matraz que puede ser de vidrio o de plástica.
6. Conecte el equipo de perfusión al matraz y elimine el aire.
7. Verifique la permeabilidad y correcta ubicación de la sonda nasogástrica, aspirando contenido que no debe ser mayor a 100 ml.
8. Si la gastroclisis es para alimentación o administración de medicamentos, conecte el equipo de perfusión a la sonda. (abra la llave de paso y regule el goteo según la indicación).
9. Si la gastroclisis es para realizar lavado del tracto digestivo:
 - Use solución fisiológica previamente entibiada.
 - Asegúrese de la permeabilidad y correcta ubicación de la sonda.
 - Conecte el equipo de perfusión al matraz de la solución fisiológica tibia y únalo a la sonda.
 - Abra la llave y deje fluir la solución a la cavidad gástrica. Al comenzar deje un flujo regular hasta completar 500cc, si el usuario lo tolera bien aumente el flujo.
 - Luego cambie el matraz y continúe pasando la solución a alto flujo, si el usuario no presenta problemas.
10. Una vez terminado cierre la sonda o retírela según indicación medica.
11. Retírese los guantes, delantal, etc y lávese las manos.
12. Registre en la hoja de enfermería el procedimiento realizado, tipo y cantidad de solución utilizada, tolerancia de usuario al procedimiento y resultado de la irrigación.
13. Mantenga observación y control de signos vitales del usuario según sus condiciones.

LAVADO GÁSTRICO

DEFINICIÓN: Es el procedimiento que consiste en irrigar y aspirar una solución dentro del estómago con el propósito de limpiar y extraer el contenido gástrico.

OBJETIVOS:

- Extraer contenido gástrico.
- Evitar la absorción del contenido gástrico.
- Evitar riesgos vitales al usuario derivados de la absorción gástrica de agentes nocivos.
- Cohibir sangramiento gástrico (si existe).

VALORACIÓN:

- Evalúe la experiencia y/o conocimiento del usuario con el procedimiento.
- Valore estado de conciencia y signos vitales del usuario.
- En caso de hemorragia evalúe la cantidad y características del contenido gástrico.
- Evalúe características (cantidad y calidad) de la ingesta y tiempo transcurrido previo al lavado.

EQUIPO:

- Riñón
- Jeringa de 50 cc de punta ancha.

- Sonda gástrica de doble lumen o lumen único (grueso calibre N° 18 – 20 F)
- Lubricante hidrosoluble.
- Matraz de solución indicada y equipo de perfusión.
- Guantes de procedimientos.
- Delantal o pechera plástica.
- Mascarilla y antiparras SOS.
- Paño protector.
- Tela adhesiva.
- Depósito de desechos.

PROCEDIMIENTO:

1. Reúna el material y llévelo a la unidad del usuario, identifíquelo verbalmente, leyendo ficha, brazalete y verifique indicación médica.
2. Explique al usuario y/o familia procedimiento a realizar y las molestias que ocasiona.
3. Controle signos vitales.
4. Colóquese delantal y guantes (mascarilla y antiparras SOS) lávese las manos y colóquese los guantes.
5. Coloque al usuario en posición semisentado o sentado y proteja la ropa.
6. Si el usuario no tiene la SNG instalada debe realizar el procedimiento de instalación de SNG anteriormente descrita.
7. Si el usuario tiene la SNG instalada, conecte el matraz a la sonda y comience a pasar la solución indicada entibada (SIM), 200 a 300 cc, luego vacíe el contenido a caída libre o aspirando con jeringa o conectando a aspiración suave.
8. Continúe introduciendo y aspirando solución hasta completar lo indicado.
9. Use solución fisiológica helada si el lavado es para cohibir hemorragias.
10. Si esta usando sonda de doble lumen, puede administrar solución por una vía e instalar una aspiración suave por la otra vía.
11. Administre antídotos si corresponde según indicación, después de vaciar y lavar la cavidad gástrica.
12. Controle el estado de conciencia y signos vitales del usuario, según sus condiciones.
13. Realice el lavado gástrico hasta que la sonda drene líquido claro.
14. Retire suavemente la sonda o déjela instalada según indicación.
15. Deje descansar al usuario hasta que los signos vitales se estabilicen.
16. Retire el equipo y envíe para su procesamiento.
17. Retírese los guantes, el delantal y lávese las manos.
18. Registre en hoja de enfermería, procedimiento, cantidad y características de contenido gástrico.
19. Mantenga al usuario en observación y controle signos vitales.

ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTACIÓN POR SNG O SNY

DEFINICIÓN: Es la administración de una fórmula nutritiva a través de una sonda nasogástrica o sonda nasoyeyunal (Nutrición Enteral [NE]).

OBJETIVO:

- Administrar nutrición e hidratación equilibrada en cantidad y calidad en forma segura.

VALORACIÓN:

- Valore el conocimiento y experiencia del usuario sobre la alimentación a través de una sonda.
- Evalúe funcionamiento del sistema gastrointestinal del usuario a través de la entrevista y/o revisión de documentos clínicos.
- Verifique la ubicación y permeabilidad de la sonda nasogástrica o nasoyeyunal.
- Identifique las características de la fórmula nutritiva, tipo de preparación, duración a temperatura ambiente.

EQUIPO:

- Sonda nasogástrica (SNG) de calibre 14-16-18F o sonda nasoyeyunal (SNY) calibre 12F y equipo de instalación si es necesario.
- Bolsa o matraz con fórmula nutritiva preparada.
- Bomba de infusión enteral.
- Jeringa de 20 cc y/o 50cc.
- Copa graduada.
- Riñón.
- Guantes de procedimientos.
- Delantal.
- Toalla de papel.
- Pinza o tapón para la sonda.
- Depósito de desechos.

PROCEDIMIENTOS:

1. Reúna el equipo y llévelo al lado del usuario, identifíquelo verbalmente, leyendo en la ficha clínica y/o brazalete y verifique la indicación médica.
2. Explique el procedimiento a usuario y/o familia.
3. Colóquese el delantal, lávese las manos y colóquese los guantes de procedimientos.
4. Coloque al usuario en posición semisentado SIM.
5. Si la sonda no está instalada, ver procedimiento de instalación de SNG-SNY.
6. Si la sonda está instalada, correcta ubicación, aspire y mida cantidad y pH del contenido gástrico.
7. Si usa sistema de administración por bolo en SNG:
 - Llene la jeringa de 50 ml con la fórmula nutritiva.
 - Conéctela al extremo de la sonda.
 - Manténgala sin su émbolo a 45cm sobre la cabeza del usuario para que se vacíe por gravedad.
8. Si usa sistema de bolsa en SNG (gastroclisis):
 - Prepare la bolsa uniendo al equipo de perfusión y retire el aire.
 - Cuelgue la bolsa en portasuero.
 - Conecte el equipo a la SNG y comience la infusión.
 - Establezca un goteo según indicación.
9. Si usa sistema de bomba en SNY (NE):
 - Compruebe la ubicación de la SNY.
 - Conecte la bolsa con el sistema de perfusión de la bomba y programe la velocidad de la fórmula nutritiva según indicación.
 - En nutrición enteral el volumen y velocidad debe ser controlado.

- La fórmula alimenticia se administra en forma continua en 24 hrs o según indicación médica.
 - Se usan tipos de fórmulas alimenticias comerciales.
 - Terminada de pasar la alimentación en bolsas se 200 a 300 cc, instile la sonda con 30 cc o más de agua tibia (para evitar que la sonda se tape).
10. Deje cerrada la sonda con la pinza o con un tapón hasta que instale la nueva fórmula alimenticia.
 11. El usuario debe permanecer semisentado al menos por 30 minutos después de terminada la alimentación.
 12. Observe signos de complicación como: diarrea, dolor abdominal, vómitos y otros.
 13. Deje cómodo al usuario.
 14. Retire el equipo y envíe para su procedimiento.
 15. Retírese el delantal, los guantes y lávese las manos.
 16. Registre en la hoja de enfermería, cantidad y tipo de alimentación, velocidad del flujo, tiempo de administración, tolerancia del usuario, estado de la sonda, etc.

NOTA: La administración de alimento por gastrostomía, y yeyunostomía es de igual forma que la descrita anteriormente (por SNG-SNY), esta alimentación puede ser fórmula alimenticia o alimento tipo papilla.

PROCEDIMIENTOS EN LA VÍA URINARIA

INSTALACIÓN CUP

CATÉTER URINARIO PERMANENTE (CUP)

DEFINICIÓN DE SONDEO Introducción de una sonda, a través de la uretra, hasta llegar a la vejiga con objeto de vaciar la orina en forma ocasional o permanente.

TIPOS DE SONDEO:



a) INTERMITENTE O TEMPORAL: se emplea una **Sonda Nelaton** para el vaciamiento ocasional de la vejiga, técnica empleada en la toma de examen o para vaciar un globo vesical (retención).



b) PERMANENTE: se emplea una **Sonda Foley**. Este catéter dispone de un globo o cuff, en el extremo distal, que permite la fijación del mismo en la vejiga para la extracción de orina, en forma permanente, por varios días.

OBJETIVOS DEL CATETERISMO:

- Facilitar la salida de orina desde la vejiga.
- Obtener una muestra estéril de orina.
- Medición exacta de diuresis.
- Irrigar la vejiga.
- Instilar algún medicamento en la vejiga.
- Medir volumen residual de orina.

VALORACIÓN:

- Valore el grado de experiencia y conocimiento que tiene el usuario y familia del procedimiento.
- Identifique la existencia de globo vesical o síntomas de retención urinaria y sus posibles causas.
- Valore estado clínico y cognitivo del usuario para cooperar en el procedimiento.
- Identifique características y condiciones de los genitales y zona perineal del usuario.

MATERIAL

- Sonda Nélaton o Folley
- Recolector de orina
- Jeringa de 20 cc
- 3 ampollas de agua destilada
- 2 - 3 ampolla de glicerina
- Equipo de cateterismo vesical o sondeo estéril (2 palanganas, 1 paño perforado, 1 compresa, 1 gasa larga, 3 tómulas de algodón)
- Guantes estériles y de procedimiento
- Equipo de aseo genital
- Tela adhesiva
- Bolsa de desechos

PROCEDIMIENTO:

1. Identifique al paciente y verifique la indicación médica.
2. Explique al paciente el procedimiento a realizar y solicite su cooperación.
3. Solicite al TPM preparar el equipo necesario para el procedimiento y que realice aseo genital.
4. Ubicar al paciente en posición ginecológica, si es mujer, o supina, si es hombre y prepare cama en dos tiempos, conservando la privacidad del usuario.
5. Realice lavado de manos clínico.
6. Colóquese guantes estériles.
7. El ayudante debe presentar el equipo estéril.
8. Prepare el campo estéril: solicite el catéter urinario y la jeringa, confirme la Integridad del cuff inyectando 5cc de aire, desinfe el cuff, cargue la jeringa con 15cc de agua bidestilada y en una segunda jeringa 10cc de glicerina.
9. Solicite al paciente separar las piernas. Prepare campo estéril sobre zona genital (una compresa en la zona pubiana y una sobre cada muslo).
10. Coloque una palangana estéril, del equipo de orina, bajo la zona genital y sobre el campo estéril.
11. Coja la sonda y lubríquela con glicerina estéril.
12. Estimule la relajación del paciente induciéndolo a respirar profundamente durante la introducción de la sonda.
13. **En la mujer:** separe los labios mayores y menores con una mano hasta visualizar el meato urinario e introduzca suavemente hasta que fluya orina hacia el riñón (+- 4 - 6 cms.).
14. **En el hombre** coloque la gasa larga alrededor del pene, con una mano eleve el pene en ángulo de 60 a 90 grados, retraiga el prepucio e introduzca, con una jeringa sin aguja e inyecte 10 a 15cc de glicerina. Introduzca mas o menos 15 – 20 cm., inmediatamente la sonda con movimiento suave pero firme en el meato

urinario, cuando llegue a la zona bulbar extienda el pene permitiendo, así, la entrada de la sonda hasta que fluya orina hacia el riñón.

15. Infle el balón del catéter con 10 a 15cc de agua bidestilada.
16. Traccione suavemente la sonda hasta sentir leve resistencia, confirmando que está en vejiga.
17. Conecte la sonda a la bolsa recolectora y cuelgue al borde de la cama, bajo el nivel de la vejiga.
18. Fije la sonda, evitando traccionarla, con tela adhesiva.
19. Verifique la permeabilidad del sistema, evitando acodamiento o aplastamiento del tubo colector y o sonda.
20. Deje cómodo al paciente y retire el equipo.
21. Lave, seque y guarde el equipo.
22. Retírese los guantes y lávese las manos.
23. Registre el procedimiento, hora, fecha, persona responsable, sonda utilizada, observaciones y reacción del paciente en hoja de enfermería.

Si el cateterismo tiene como objetivo medir el volumen de orina residual, pida al paciente que orine antes de que se realice el procedimiento.

NORMAS GENERALES DEL CATETERISMO URINARIO

INDICACIÓN Y DURACIÓN DEL CATETERISMO:

- El cateterismo debe realizarse sólo por indicación médica.
- El tiempo de permanencia debe ser el mínimo necesario.
- El material empleado en su instalación debe ser estéril y de un uso.
- Probar la integridad del cuff, previo a la instalación de la sonda.
- El catéter de elección será, aquel de menor calibre, que cumpla con el objetivo deseado evitando traumatismos en la uretra.
- Realizar aseo genital inmediatamente antes de la inserción del catéter.
- Lubricar la sonda con material estéril inerte para la uretra.
- Realizar fijación externa para evitar desplazamiento o tracción del catéter

MANTENCIÓN DEL CATÉTER:

- Mantener el sistema cerrado y permeable (sonda – recolector)
- Mantener bolsa colectoras bajo el nivel de la vejiga.
- Vaciar la bolsa colectoras a intervalos regulares evitando el contacto de la orina reciente con la acumulada en la bolsa. Ideal vaciar cuando alcance la mitad o máximo $\frac{3}{4}$.
- Durante la medición de diuresis, cuidar de NO contaminar la válvula de vaciamiento (no debe tocar el frasco de medición)
- Rotar la fijación externa cada 12 hrs para evitar maceraciones y úlceras del meato.
- Educar al paciente en el manejo de su CUP

CUIDADOS DE LA ZONA GENITAL:

- Aseo genital 2 a 3 veces al día y cada vez que sea necesario.
- Evitar presencia de apósitos húmedos en la zona del catéter.
- Supervisar el aporte hídrico en el usuario

RETIRO DEL CUP:

- Realice aseo genital previo.
- Desinfele el cuff con una jeringa y pince la sonda para no derramar orina durante la extracción.
- Saque la sonda con suavidad pero con firmeza, deséchela tan pronto como sea posible.
- Limpie el meato si es necesario.
- Elimine los guantes de procedimientos, lávese las manos.
- Ofrezca un urinario.
- Registre acción y diuresis contenida en recolector.

Nota:

- Mantener siempre una técnica estéril.
- Mantener siempre el recolector bajo el nivel de la vejiga.
- Mantener fija a la cara interna del muslo la sonda.
- Mantener un circuito cerrado y sin dobleces.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA NO PARENTERAL *ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VIA ORAL.*

DEFINICIÓN: es un proceso por medio del cual, se administran al paciente medicamentos indicados por el medico, los cuales son absorbidos por vía gastrointestinal. Estos medicamentos pueden ser sólidos y/o líquidos.

OBJETIVOS:

- Proporcionar medicamentos indicados con fines diagnósticos, terapéuticos y/o preparación para procedimientos.
- Administrar medicamentos que pueden ser absorbidos por vía gastrointestinal.

VALORACIÓN:

- Valore el estado de conciencia y cognitivo del usuario.
- Identifique la presencia de patologías agregadas que pudieran alterar la administración o absorción del medicamento.
- Valore el grado de conocimiento del usuario y/o familia del tratamiento que se administra.
- Identifique posibles alergias a los medicamentos a administrar.
- Reconozca las incompatibilidades o sinergias entre medicamentos.
- Valore presencia de náuseas, dolor abdominal o vómitos.

EQUIPO:

- Medicamento indicado con su respectiva tarjeta de indicación.
- Depósito para desechos.
- Vaso con agua o jugo s.i.m.
- Bandeja para colocar el equipo.

PROCEDIMIENTO:

- 1.- Lávese las manos y prepare los medicamentos.
- 2.- Revise la tarjeta o ficha de indicaciones y el medicamento a administrar y lea

comprobando si el nombre es el mismo.

3.- Revisar fecha de vencimiento del medicamento.

4.- Coloque la dosis indicada en el depósito para el medicamento y nuevamente lea el sobre o frasco del medicam. con el de la indicación para ver si son el mismo.

5.- Si es tableta o cápsula, vacie directo al depósito de medicamento.

6.- Si viene en dosis unitaria se coloca con su envase, en el depósito.

7.- Si es jarabe o suspensión, se debe homogenizar la solución y luego vaciarla al vaso graduado, colocándolo sobre una superficie lisa a nivel de los ojos, la cantidad que corresponda. Si no disponemos de vaso graduado extraer la cantidad indicada con una jeringa.

8.- Acuda donde el paciente con su equipo preparado.

9.- Identifique verbalmente al paciente y lea nuevamente la indicación en la tarjeta o ficha.

10.-Informarle el procedimiento, acomode al paciente para facilitar la deglución, verificar que la boca este permeable.

11.-Proporcionarle agua o jugo para que el paciente ingiera el medicamento, se debe permanecer junto al paciente para asegurarnos que lo ingirió.

12.-Lávese las manos y registre la administración del medicamento en la ficha de enfermería.

Nota: -Durante la preparación del medicam. verifique por lo menos 3 veces nombre de medicamento y dosis según indicación.

-Previo a la administración verificar los 5 exactos.

-Si son medicamentos que irritan la mucosa gastrica se deben administrar posterior a las comidas o junto a ellas.

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO POR VIA SUBLINGUAL

DEFINICIÓN: es un procedimiento por medio del cual se administra un medicamento que es absorbido por la mucosa bucal.

VALORACIÓN Y OBJETIVOS: corresponden a los mismos que en la administración por vía oral.

EQUIPO:

Bandeja con:

- Medicamento indicado.
- Depósito para el medicamento.
- Aguja intradérmica si el medicamento es una cápsula.
- Depósito para desechos.

PROCEDIMIENTO:

El procedimiento es casi el mismo que para la administración de medicamento por vía oral se agrega lo siguiente:

1.- Verificar la permeabilidad de la boca, si la mucosa esta seca, con secreciones o alimentos, se debe realizar previamente un colutorio.

2.- Luego colocar el medicamento indicado bajo la lengua del paciente, para que allí se disuelva.

3.- Si es una cápsula se debe, pinchar con una aguja y colocarla bajo la lengua o se debe exprimir el líquido y depositarlo bajo la lengua.

4.- Solicitar al paciente que mantenga el líquido o el comprimido, en la boca durante unos 3 minutos.

Se termina igual que en la administración por vía oral.

ADMINISTRACION POR VIA TOPICA.

La administración tópica se puede efectuar por las siguientes vías:

- Cutánea** : aplicación sobre la piel.
Ocular : aplicación en el ojo.
Ótica : aplicación en el oído.
Rectal : aplicación por mucosa rectal.
Vaginal : aplicación por mucosa vaginal.
Respiratoria: aplicación por mucosa respiratoria.

VALORACIÓN Y OBJETIVOS: son los mismos que en los planteados en la administración de medicamentos por vía oral.

Administración por vía cutánea: proceso mediante por el cual se aplica medicamentos en estado líquido o semisólidos para ser absorbidos por la piel.

Equipo:

Bandeja con :

- Medicamento indicado
- Tarjeta con la indicación
- Guantes desechables
- Aplicador o bajalenguas
- Depósito para el medicamento
- Equipo específico según la vía (jeringas, gotarios, etc.)
- Depósito para desechos.

Procedimiento:

- 1.- Diríjase al paciente con la bandeja preparada.
- 2.- Informe al paciente el procedimiento.
- 3.- Identifique verbalmente al paciente y verifique indicación con ficha clínica, zona de aplicación y tiempo de administración.
- 4.- Lávese las manos.
- 5.-Mantener la privacidad del paciente cerrando puertas y ventanas o utilizando un biombo.
- 6.- Acomode al paciente según la zona de aplicación del medicamento colóquese guantes e inspeccione el estado de la piel.
- 7.- Limpie la zona de la piel donde se aplicará el medicamento dejándola limpia y seca.
- 8.- Aplique una capa delgada de la crema o ungüento o loción, dando un masaje local.
- 9.- En pacientes que tengan flebitis, colocar compresas calientes y húmedas posterior a la aplicación de la crema.
- 10.-Observe efectos secundarios del medicamento.
- 11.-Si se trata de una loción se debe agitar bien el frasco previo a la aplicación y si se trata de polvos nos debemos asegurar que la piel esta limpia y seca espacialmente en la zona de pliegues y/o arrugas.
- 12.- Si se trata de aplicación de parches como por ejemplo:

Parches de NTG (nitroglicerina):

- Se debe primero desgrasar la piel con alcohol y rote el sitio de colocación.
- Se puede aplicar en disco autoadhesivo o parche con pomada, este disco produce una liberación continua durante 24 horas
- Las zonas de aplicación son: tórax anterior y posterior, hombros, abdomen y brazos.
- La zona de aplicación se debe limpiar muy bien, desgrasarla e idealmente sin vellos.
- Se debe utilizar guantes para protegerse del medicamento, luego fije el parche en la piel con tela adhesiva.
- Controlar presión arterial y pulso y registrarlos en hoja de enfermería.

13.-Lleve el equipo a la estación de enfermería, lávelo, séquelo y guárdelo donde corresponda.

14.- Lávese las manos, registre aplicación, fecha, hora en hoja de enfermería, archive tarjeta de indicación para siguiente aplicación.

Administración por Vía Oftálmica: proceso mediante el cual se aplican pomadas y/o colirios en los ojos con fines terapéuticos y/o diagnósticos.

Equipo:

Bandeja con:

- Medicamento indicado, pomada o colirio.
- Tarjeta de indicación o ficha clínica.
- Depósito para el medicamento.
- Equipo específico según la vía.
- Depósito para desechos.
- Gasa estéril.
- Solución fisiológica.

Procedimiento:

1.- Acuda al lado del paciente con la bandeja preparada y explíquelo el procedimiento que se le va a realizar y efectos secundarios.

2.- Identifique al paciente en forma verbal y verifique indicación con ficha clínica.

3.- Acomode al paciente en la posición que más facilite la aplicación.

4.- Lávese las manos.

5.- Incline la cabeza del paciente hacia atrás.

6.- Realice el aseo ocular previo a la aplicación del medicamento:

- Con una gasa estéril humedecida con suero fisiológico limpie suavemente los párpados y pestañas, manteniendo la técnica aséptica, del más sucio a lo más limpio, ósea, desde el ángulo interno al externo, para la eliminación de secreciones.

7.- Luego indique al paciente que mire hacia arriba a un punto específico, usted coloque su dedo índice de la mano izquierda en el pómulo del paciente y arrastre suavemente la piel hacia abajo para descubrir el saco conjuntival inferior, además mantenga un trozo de algodón o pañuelo desechable sobre el pómulo justo debajo del párpado inferior.

8.- Se debe tener cuidado de no presionar el globo ocular.

9.- Con la mano derecha mantenga el frasco del medicamento cerca del ángulo externo del ojo e instile el número de gotas prescrito en el saco conjuntival. No permita que la punta del frasco entre en contacto con el globo ocular ni con las pestañas.

10.-Suelte el párpado inferior y deje que el paciente cierre el ojo y parpadee para la distribución del medicamento por todo el ojo.

11.-Limpie el exceso de líquido con una gasa estéril, desde el ángulo externo hacia el

interno.

Ungüentos:

- 12.-Exprima una banda de unguento o pomada a lo largo del saco conjuntival, comenzando siempre desde el ángulo externo hacia el interno.
- 13.-Suelte el párpado inferior y pídale al paciente que mantenga cerrado el ojo por unos 2 minutos pero moviéndolo ya que facilita la distribución y absorción del medicamento.
- 14.-Retire el exceso de unguento limpiando suavemente con gasa estéril del borde externo al interno.
- 15.-Lávese las manos antes de continuar con otro tratamiento. Registre en la hoja de enfermería.

Administración por vía ótica: proceso por medio del cual se administran medicamentos en el oído para disminuir la inflamación y la infección.

Equipo:

Bandeja con:

- Medicamento indicado.
- Tarjeta de indicación.
- Depósito de desechos.
- Depósito para el medicamento.
- Equipo específico según la vía.
- Riñón estéril.
- Tórulas de algodón alargadas.
- Gotario.
- 1 Pinza.

Procedimiento:

- 1.- Acuda al lado del paciente y explíquele el procedimiento y sus efectos esperados.
- 2.- Verifique la indicación con la ficha clínica e identifique verbalmente al paciente.
- 3.- Coloque al paciente acostado o sentado con el oído a instilar hacia arriba.
- 4.- Observe el estado del oído (aspecto de la piel, presencia de secreciones y color, enrojecimiento, edema y formación excesiva de cerumen, estado de la audición, sensibilidad a la palpación).
- 5.- Entibie el frasco entre sus manos o sumérralo por unos minutos en agua tibia.
- 6.- Lávese las manos.
- 7.- Tome el pabellón auditivo externo y traccíonelo suavemente hacia arriba, atrás y hacia fuera, en los niños mayores de 3 años y en los adultos, y hacia atrás y hacia bajo en los niños menores de 3 años, con una tórula seca de algodón o de gasa limpie el conducto auditivo externo.
- 8.- Coloque el gotario en forma horizontal e instile el número de gotas indicadas manteniendo la cabeza del paciente fija.
- 9.- Con una tórula de algodón o una gasa limpie el líquido sobrante del pabellón auditivo externo.
- 10.- Indíquele al paciente que debe permanecer +/- 10 minutos acostado con el oído hacia arriba.
- 11.- Si se debe instilar los 2 oídos debe esperar antes de instilar el otro oído, se puede colocar una tórula de algodón como tapón sin presionar demasiado.
- 12.- Lávese las manos.

13.- Registre en hoja de enfermería, oído en que se instilo medicamento, reacciones adversas al medicamento y educación impartida.

Administración por vía rectal: procedimiento por medio del cual se administran en el recto medicamentos en forma de pomadas o supositorios.

Equipo:

Bandeja con:

- Medicamento indicado.
- Guantes de procedimiento.
- Lubricante (vaselina sólida o líquida).
- Tómulas de algodón secas.
- Papel higiénico.

Procedimiento:

1. Diríjase al lado del paciente.
2. Verifique la indicación con ficha clínica.
3. Informe al paciente el procedimiento y que es necesaria su colaboración.
4. Identifique verbalmente al paciente.
5. Lávese las manos.
6. Mantener la privacidad del paciente.
7. Coloque al paciente en decúbito lateral izquierdo (posición de SIMS).
8. Colóquese guantes.

Administración de supositorios:

- Lubrique el supositorio con vaselina sólida.
- Solicite al paciente que respire profundo.
- Con la mano izquierda separe los glúteos e inserte suavemente el supositorio con su extremo cónico hacia delante.
- Retire el dedo y mantenga los glúteos apretados o haga presión en el ano con una tórula de algodón seca, hasta que ceda la necesidad de defecar.
- Limpie el exceso de lubricante de la zona anal y pídale al paciente que retenga el supositorio por alrededor de 20 minutos.

Administración de pomadas:

- Prepare el tubo de pomada con el aplicador cónico lubricado con vaselina.
 - Introduzca suavemente el aplicador en dirección al ombligo alrededor de 7 cms. y aplique la pomada.
 - Retire suavemente el aplicador y coloque una tórula seca en el ano para retirar el exceso de pomada.
9. Deje cómodo al paciente.
 10. Lave el aplicador con agua y jabón.
 11. Lávese las manos y registre en hoja de enfermería.

Nota: verifique características del tracto intestinal, integridad de la piel de la zona perianal que puedan ser contraindicación del uso de este medicamento por vía rectal.

Administración por vía vaginal: proceso por medio del cual se administran medicamentos o soluciones antisépticas en la mucosa vaginal.

Equipo:

Bandeja con:

- Material de aseo genital.
- Medicamento indicado.
- Chata.
- Guantes de procedimiento.
- Apósito genital.

Procedimiento:

1. Acuda al lado del paciente.
2. Verifique la indicación con ficha clínica.
3. Identifique verbalmente al paciente.
4. Explique el procedimiento y sus efectos esperados.
5. Cierre puertas, ventanas y utilice biombo para mantener la privacidad del paciente.
6. Lávese las manos.
7. Ponga a la paciente en posición ginecológica.
8. Coloque la chata y pídale que orine.
9. Colóquese guantes y realice el aseo genital.
10. Retírese los guantes y lávese las manos.
11. Colóquese guantes limpios.

Administración de óvulo: lubrique el óvulo o tableta con agua, separe los labios mayores e introduzca suavemente el óvulo por la pared posterior de la vagina 4 a 6 cms.

Administración de pomada o solución mediante aplicador: introduzca suavemente el aplicador unos 5 a 8 cms. en dirección al sacro, presione la solución hacia el interior y retire suavemente, limpie residuos de crema y coloque apósito genital.

12. Pídale a la paciente que permanezca en posición horizontal al menos 15 minutos.
13. Lave el aplicador y elimine lo que corresponda.
14. Retírese los guantes y lávese las manos.
15. Registre en hoja de enfermería.

Nota: observar integridad de la piel y de la mucosa vaginal antes y después de la aplicación del medicamento.

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR VÍA PARENTERAL

DEFINICIÓN: son los procedimientos para proporcionar medicamentos a los usuarios, mediante una punción que alcanza diferentes niveles de profundidad en los tejidos.

Las vías parenterales pueden ser:

- Intradérmica (id)
- Subcutánea (sc)
- Intramuscular (im)
- Intravenosa (iv)

VALORACIÓN:

- Valore las características de la piel del usuario en los sitios de inyección.
- Valore el estado clínico del usuario que permita comprensión y cooperación del procedimiento.
- Reconozca tipo de medicamento, sus efectos esperados y colaterales.
- Identifique posibles alergias al medicamento que se va administrar.
- Evalúe el grado de conocimiento del usuario del tratamiento que se administra.

OBJETIVOS:

- Administrar el medicamento con fines diagnósticos y/o terapéuticos respetando los 5 exactos.

ADMINISTRAR POR VIA INTRADERMICA.

Definición: procedimiento por medio del cual se inyectan pequeñas dosis de soluciones con fines terapéuticos o fines diagnósticos en una de las capas de la piel llamada **DERMIS**. La dosis que se inyecta no es más allá de 0,1ml.

Se utiliza para Test de alergia, de Tuberculosis y algunas vacunas como la BCG.

Sitios de punción: las zonas del cuerpo que más se utilizan son: el tercio medio del antebrazo en la cara anterior y la zona subescapular.

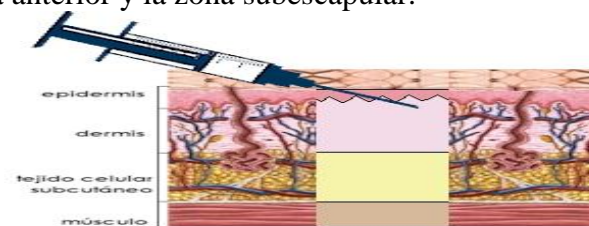


Figura 1.- Vía intradérmica

Equipo:

Bandeja con:

- Riñón estéril.
- Jeringa de 3cc o jeringa de Tuberculina estéril.
- Aguja estéril para aspirar la solución.
- Aguja intradérmica estéril.
- Solución a inyectar.
- Pinza.
- Tórulas de algodón secas y otras impregnadas con solución antiséptica.
- Depósito para desechos y material cortopunzante.
- Tarjeta con indicación.

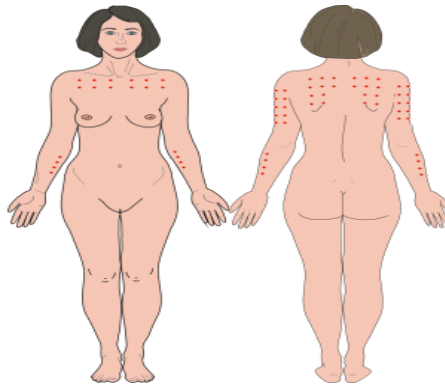
Procedimiento:

- 1.- Reúna el equipo y prepare la solución a inyectar.
- 2.- Identifique al paciente verbalmente y verifique la indicación.
- 3.- Vacuna BCG: ubique cara externa del brazo izquierdo en la unión del tercio superior con el tercio inferior (RN 3 cms del vértice del hombro y en preescolares 4 cms del vértice del hombro).
- 4.- Desinfecte la piel con una tórula impregnada de solución antiséptica y espere a que seque.
- 5.- Traccione la piel y puncione en un ángulo de 15° con el bisel de la aguja hacia arriba.

- 6.- Haga avanzar la aguja bajo la primera capa de la piel, es decir, la epidermis de modo de observar el bisel a través de ella.
- 7.- Inyecte la solución de 0,1 ml formando una pápula del tamaño de una lenteja.
- 8.- Retire suavemente la aguja.
- 9.- Seque con una tórula seca las zonas vecinas de la pápula sin presionar esta.
- 10.- Lávese las manos y registre.

Nota: - Si se trata de un test cutáneo, se debe realizar en la zona subescapular o en el antebrazo, se debe registrar hora y día en que se debe leer el resultado (medición de la induración de la pápula).

- La inyección de la solución siempre debe formar una pápula.
- Educar al paciente en relación a la protección de la pápula.



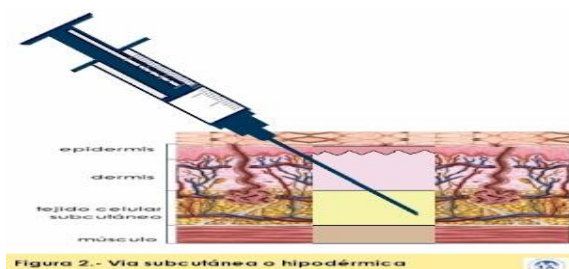
ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR VIA SUBCUTANEA

Definición: es el proceso por medio del cual se administra en el tejido subcutáneo una cierta cantidad de una solución, la cual, varía de 0,5 a 1ml. Esta vía tiene la ventaja de tener una absorción casi completa del medicamento siempre cuando la circulación sea la adecuada, pero a su vez también posee una desventaja que es la de alterar una de las barreras del organismo que lo protege contra las infecciones, la Piel. Otra de las desventajas es que no se pueden utilizar medicamentos irritantes y con mucha solución.

Sitio de inyección: el tejido subcutáneo es el que se encuentra justo debajo de la piel, tiene menos receptores sensoriales que la piel, por lo cual es relativamente indolora. Los sitios más utilizados son: brazos (especialmente la cara externa en el tercio medio), la cara anterior y lateral del muslo y la parte baja del abdomen, ocasionalmente se utiliza la región subescapular.

En algunas ocasiones, cuando los pacientes necesitan continuas dosis de medicamentos administrados en forma subcutánea, se debe ir rotando los sitios de punción e ir registrándolos cada vez, es útil realizar un bosquejo del cuerpo humano con las regiones de la piel que deben utilizarse, indicando la rotación de las inyecciones.

Previo al procedimiento debemos valorar las características de la piel a puncionar, el estado clínico del paciente, posibles alergias al medicamento, conocimiento sobre efectos esperados y colaterales.



Equipo:

Bandeja con:

- Riñón estéril.
- Jeringa estéril.
- Aguja estéril de calibre N° 23-24-25-26,
- Pinza anatómica.
- Aguja para aspirar el fármaco.
- Medicamento a inyectar.
- Depósito con tómulas secas y otro con tómulas impregnadas de solución antiséptica.
- Depósito de material cortopunzantes otro para desechos.
- Tarjeta o ficha con la indicación.

Procedimiento:

- 1.- Reúna el material.
- 2.- Lávese las manos y prepare el medicamento, luego déjelo en el riñón estéril.
- 3.- Acuda al lado del paciente e identifíquelo verbalmente y verifique la indicación médica con la ficha medica.
- 4.- Explíquelo al paciente el procedimiento y sus efectos esperados.
- 5.- Acomode al paciente en la posición que más le sirva para el sitio a puncionar.
- 6.- Si elige el brazo pídale al paciente que lo flecte sobre el pecho para permitir la relajación de la zona.
- 7.- Limpie la zona a puncionar con una tórula de algodón impregnada con alcohol o solución antiséptica, en un solo sentido y espere a que se seque la piel.
- 8.- Con la mano derecha tome la jeringa entre el dedo pulgar, índice y mediano y coloque entre el dedo meñique y anular de la misma mano una tórula de algodón seca.
- 9.- Con la mano izquierda haga un pliegue en la zona a puncionar, tomando el tejido subcutáneo e inserte la aguja con un movimiento rápido y seguro en un ángulo de 45° a 60° y con una profundidad de +/- 2 cms.
- 10.- Se suelta el pliegue de la piel y se fija la jeringa con la mano libre, luego se aspira para asegurarse de que la aguja no a caído en un vaso sanguíneo y no refluya sangre.
- 11.- Se introduce el líquido lentamente, presionando el émbolo con el pulgar.

12.-Coloque el algodón seco de la mano izquierda al lado de la aguja y retírela con un movimiento rápido y seguro y luego comprima realizando un masaje circular para favorecer la dispersión del medicamento.

13.-Deje cómodo al paciente.

14.-Lávese las manos y elimine el material contaminado y el resto guárdelo.

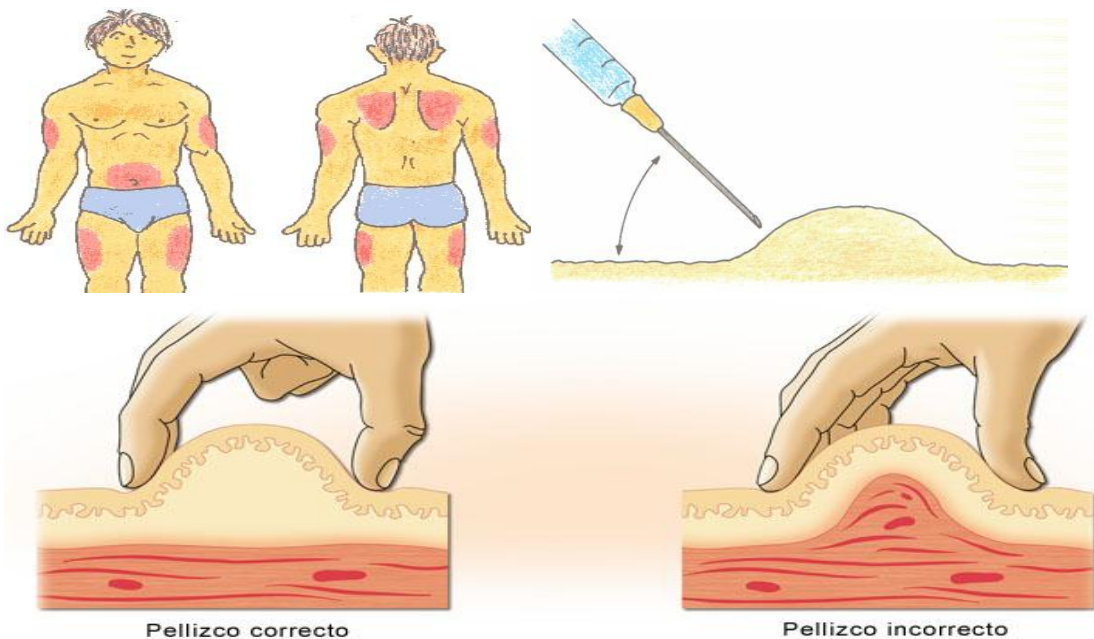
15.-Registre el procedimiento.

NOTA: - Tener siempre presente los 5 exactos.

- Utilizar siempre una técnica aséptica.

- Educar al paciente y familia sobre características del procedimiento especialmente en aquellos pacientes Diabéticos.

- Al preparar el medicamento se debe dejar la jeringa con una pequeña burbuja de aire para permitir la expulsión de todo el líquido.



INSULINOTERAPIA

Definición: es el procedimiento por el cual se administra insulina a través de la vía subcutánea o intravenosa a un usuario que padece Diabetes Mellitus u otra enfermedad que afecte el Páncreas.

Valoración:

- 1.- Identifique tipo de insulina indicada y sus características.
- 2.- Valore conocimientos de la persona y/o familia de los efectos de la insulina.
- 3.- Identifique los sitios de punción que utiliza el usuario (si es insulino dependiente) y posibles complicaciones.
- 4.- Evalúe controles de glicemia en relación al tratamiento.
- 5.- Infórmese de los horarios de alimentación del usuario.
- 6.- Identifique el sistema que usa el usuario para la administración de insulina.

Equipo:

- Riñón estéril.
- Insulina indicada.
- Tarjeta de identificación.
- Jeringa de insulina o lápiz.
- Guantes de procedimiento.
- Tórulas de algodón.
- Solución antiséptica.
- Solución fisiológica.
- Depósito para cortopunzante.
- Depósito para desechos.

Preparación de la insulina a administrar:

- 1.- Lávese las manos.
- 2.- Reúna su equipo y asegúrese que la insulina se mantenga refrigerada entre 2° y 8° o a temperatura ambiente si la usa dentro de las 4 semanas.
- 3.- Verifique tipo de insulina y fecha de vencimiento si es un frasco o cartucho nuevo coloque la fecha de inicio de uso.
- 4.- Retire la jeringa de insulina del envase y deposítela en el riñón estéril.
- 5.- Frote el frasco para homogenizar (NPH).
- 6.- Limpie la tapa del frasco con solución antiséptica.
- 7.- Aspire en la jeringa de insulina tanto aire como cantidad de insulina indicada.
- 8.- Puncione la tapa e introduzca el aire en el frasco.
- 9.- Invierta el frasco y tire el émbolo justo por debajo de la marca equivalente a la dosis, cargando la insulina en la jeringa.
- 10.- Si hay burbujas en la jeringa elimínelas introduciendo la insulina en el frasco y vuelva a aspirar tirando del émbolo hacia debajo de la marca indicada.
- 11.- Si no hay presencia de burbujas tire el émbolo hasta la marca de la dosis indicada.
- 12.- Verifique por segunda vez el tipo de insulina y guarde el frasco.
- 13.- Si debe realizar una mezcla artesanal (2 tipo de insulina):
 - a) Aspire con jeringa una dosis de aire equivalente a la dosis de insulina e introduzca el aire en el frasco de insulina NPH.
 - b) Retire la jeringa.
 - c) Introduzca en el frasco de insulina rápida una dosis de aire equivalente a la dosis indicada.
 - d) Invierta el frasco y aspire las unidades de insulina rápida a inyectar.
 - e) Introduzca la misma jeringa en el frasco de insulina NPH.
 - f) Invierta el frasco y aspire las unidades de NPH a inyectar.
 - g) Retire la aguja del frasco; si observa burbujas de aire tire el émbolo un poco hacia abajo y empújelo con suavidad cuidando de no eliminar insulina.
 - h) Verifique por tercera vez los tipos de insulina y guarde el frasco.
- 14.- Si la administración es mediante lápiz/penfill.
- 15.- Deposite la jeringa o lápiz/penfill en el riñón y acuda de inmediato a administrar la insulina al usuario.

Procedimiento:

Vía subcutánea con jeringa:

- 1.- Reúna el equipo, acuda al lado del usuario. Identifíquelo verbalmente, leyendo su nombre en la ficha clínica y/o brazalete y confronte con la tarjeta o registro de indicación, verifique la indicación médica.
- 2.- Explique el procedimiento al usuario.
- 3.- Lávese las manos y colóquese guantes.
- 4.- El sitio de punción va a depender de la zona de rotación establecida por la enfermera y/o usuario y el esquema de rotación debe estar registrado convenientemente.
- 5.- Proceda a administrar la inyección de acuerdo al procedimiento de administración por vía subcutánea.
- 6.- La aguja se introduce en un ángulo de 90° independientemente del lumen y largo de la aguja.
- 7.- Deje cómodo al usuario.
- 8.- Elimine la jeringa y aguja en depósito de cortopunzante. Retire el equipo y deje donde corresponde.
- 9.- Retírese los guantes y láveselas manos.
- 10.- Lea nuevamente la indicación en la tarjeta o registro correspondiente y archívela.
- 11.- Registre en hoja de enfermería hora, vía, dosis y tipo de insulina administrada, sitio de punción y persona responsable.

Vía subcutánea con lápiz:

- 1.- Reúna el equipo y llévelo al lado del usuario. Identifíquelo verbalmente leyendo en la ficha clínica y/o brazalete y verifique la indicación medica.
- 2.- Explique el procedimiento al usuario y/o familia.
- 3.- Lávese las manos.
- 4.- Extraiga el lápiz del estuche.
- 5.- Gire y quite la tapa y desenrosque el portacartucho. Introduzca el cartucho de insulina en el extremo que tiene la tapa con código de colores.
- 6.- Enrosque firmemente el mecanismo al portacartucho.
- 7.- Quite el sello protector de la aguja y enrosque firmemente la aguja a la tapa con código de colores.
- 8.- Antes de realizar la inyección es importante que aparezca una gota de insulina en la punta de la aguja.
- 9.- Compruebe que el selector de dosis este en cero.
- 10.- Gire el dosificador hasta el numero de unidades de insulina indicada.
- 11.- Lávese las manos y colóquese los guantes.
- 12.- Limpie la piel con antiséptico.
- 13.- El sitio de punción va a depender del esquema de rotación establecido por la enfermera y/o usuario en la zona de punción y debe estar registrado convenientemente.
- 14.- Haga el pliegue y puncione en 90°.
- 15.- Presione el botón de inyección desde las unidades marcadas hasta llegar a cero y cuente hasta 20 lentamente, sin retirar la aguja de la piel.
- 16.- mantenga presionado el botón a fondo, retírela aguja lentamente presionar con suavidad el sitio de punción seco y no frotar.
- 17.- Deje cómoda a la persona.
- 18.- Elimine la aguja del lápiz/penfill en el depósito de cortopunzante. Retire el equipo, llévelo al área sucia para su procesamiento.

- 19.- Retírese los guantes y lávese las manos.
- 20.- Lea nuevamente la indicación en la tarjeta o registro de indicaciones y archívela.
- 21.- Registre, anote en la hoja de enfermería: hora, vía, tipo y dosis de insulina administrada, sitio de punción y nombre de la persona responsable.

Administración de Heparina:

Valoración:

- 1.- Valore el conocimiento del usuario y familia de los efectos y complicaciones del tratamiento anticoagulante.
- 2.- Valore la aparición de sangramiento (gingivorragia, epistaxis, hematuria u otro)
- 3.- Valore el cumplimiento de indicaciones e incorporación o suspensión de medicamentos que puede potenciar o inhibir la acción del anticoagulante.
- 4.- Infórmese de los valores de exámenes de coagulación.
- 5.- Infórmese de intervenciones quirúrgicas programadas.

Procedimiento:

- 1.- Reúna el equipo y llévelo al lado del paciente. Identifíquelo verbalmente, leyendo en la ficha clínica y/o brazalete. Confronte la tarjeta o registro con la indicación médica.
- 2.- Explique el procedimiento al usuario y/o familia.
- 3.- Lávese las manos y colóquese los guantes.
- 4.- Proceda según procedimiento de inyección cutánea.
- 5.- Utilice jeringa de 3ml y aguja de 25G.
- 6.- Al aspirar la heparina del frasco deje una burbuja de aire en la jeringa.
- 7.- Sitios de punción: en zona periumbilical, región lateral y posterior del brazo y parte anterior del muslo.
- 8.- Pellizque un pliegue de tejido abdominal, e inserte la aguja en un ángulo de 90° en tejido subcutáneo profundo y sin aspirar inyecte la heparina lentamente.
- 9.- Al finalizar la inyección del líquido, inyecte la burbuja de aire que tiene la jeringa.
- 10.- Retire la aguja y no masajee el sitio de punción.
- 11.- Acomode al usuario.
- 12.- Elimine cortopunzante, retire el equipo y envíe para su procedimiento.
- 13.- Retírese los guantes y lávese las manos.
- 14.- Lea nuevamente la indicación en la tarjeta o registro correspondiente y archívela.
- 15.- Registre en hoja de enfermería: fecha, hora, dosis, tipo de heparina, sitio de punción, observaciones del usuario, presencia de complicaciones y nombre de la persona responsable.



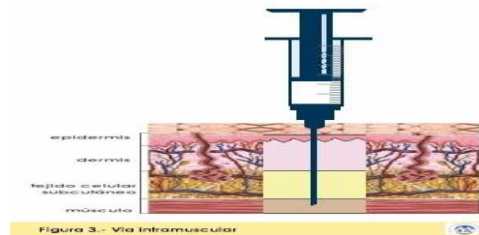
ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO POR VIA INTRAMUSCULAR.

Definición: es la inyección aplicada en tejido muscular, generalmente en músculo glúteo y a veces deltoides. Esta vía permite la introducción de cantidades hasta de 5ml, la absorción es más rápida que por vía subcutánea, por su vascularidad. Una desventaja es que hay peligro de lesionar nervios y vasos sanguíneos.

Sitio de Inyección:

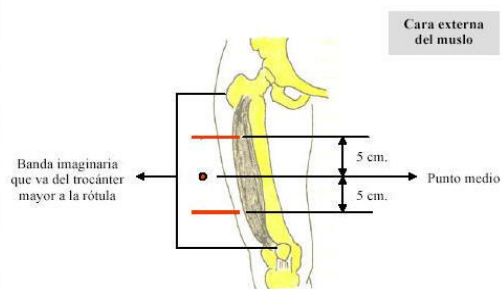
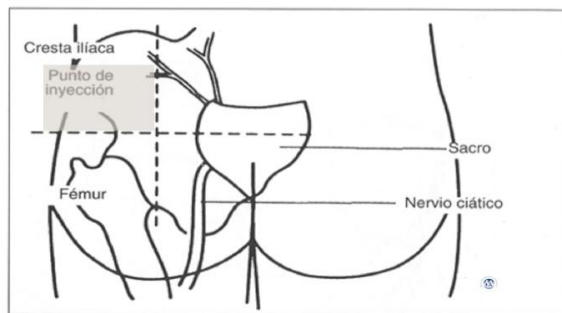
La elección del sitio de inyección va a depender de los siguientes factores:

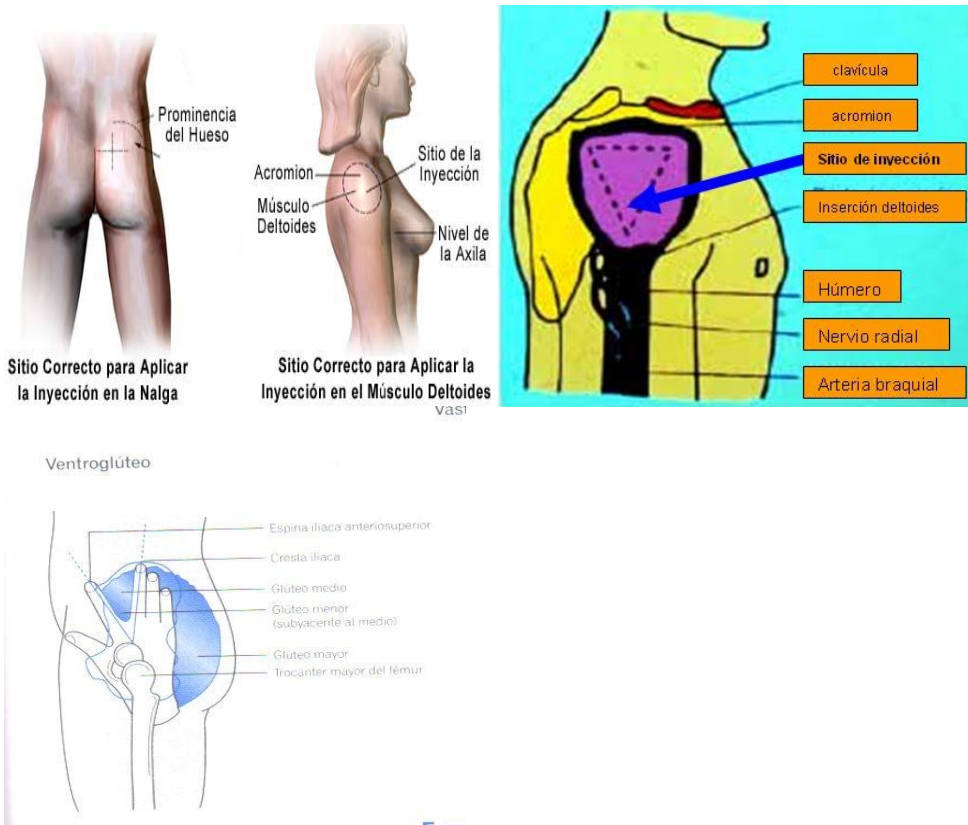
- Talla y cantidad de tejido muscular disponible.
- Proximidad de vasos y nervios.
- Estado de la piel.
- Fármaco que se administra.



Los sitios de punción más utilizados son:

- 1.- **Músculo Deltoides:** se aplica 3 o 4 traveses de dedo debajo de la apófisis del acromion en la cara externa del brazo.
- 2.- **Area dorsoglútea:** se inyecta en el músculo mayor del glúteo, para localizar el sitio exacto de inyección se debe dividir el glúteo en cuadrantes, la cresta ilíaca y el pliegue glúteo inferior limitan el glúteo, el cuadrante superior externo, para mayor seguridad, se puede volver a dividir en 4, y en el nuevo cuadrante superior externo donde se forma un ángulo recto que es +/- 5 a 7 cm. debajo de la cresta ilíaca, se inyecta en medicamento sin lesionar el nervio ciático.
- 3.- **Muslo:** se utiliza el músculo vasto externo en la cara lateral del muslo, en esta región no existen vasos sanguíneos mayores ni troncos nerviosos. El músculo se extiende a lo largo del muslo desde la parte media anterior a la media lateral, y tiene +/- 7.5 cm. de grueso, la zona de inyección es el tercio medio del muslo.
- 4.- **Area ventroglútea:** cuando se utiliza esta región se inyecta en los músculos menor y mediano del glúteo. Para localizar esta zona se debe acostar al paciente de espaldas o de lado, se coloca la mano en la cadera del paciente con el dedo índice en la espina iliaca anterosuperior y con el dedo medio se palpa la cresta iliaca y se presiona bajo ella. El sitio de inyección es donde se encuentra el triángulo formado por el dedo índice y el dedo medio.





Equipo:

Bandeja con:

- 1 riñón estéril.
- Jeringa que corresponda.
- Aguja que corresponda (calibre N° 18-19-21.)
- Aguja para aspirar el fármaco.
- Medicamento indicado.
- Depósito con tómulas impregnadas con solución antisépticas (alcohol).
- Depósito con tómulas secas.
- Depósito para material cortopunzante y otro para material de desechos.
- Pinza anatómica u otra para la extracción de la aguja.
- Tarjeta o receta con indicación del medicamento.

Previo al procedimiento se debe realizar una valoración de lo siguiente:

- De las características de la piel y del músculo a puncionar.
- El estado clínico de paciente que va a permitir cooperación y comprensión sobre el procedimiento.
- Posibles alergias al medicamento.
- Conocimiento sobre los efectos esperados y colaterales del medicamento a administrar.

Procedimiento:

- 1.- Lávese las manos.
- 2.- Diríjase con la bandeja preparada al lado del paciente.
- 3.- Identifique verbalmente y a demás con la ficha clínica al paciente.
- 4.- Verifique la indicación médica con nombre de medicamento y dosis a administrar.
- 5.- Informe al paciente sobre el procedimiento que va a realizar.

- 6.- Coloque al paciente en la posición correcta dependiendo del sitio a puncionar:
- **Deltóide:** se debe sentar en lo posible al paciente, pedirle que flexe su brazo y lo apoye sobre su pecho (facilita la relajación del músculo), ubicar el tercio medio del brazo en su cara externa para luego puncionar.
 - **Región glútea:** colocar al paciente en posición prona, con la cabeza hacia el lado contrario al la punción, con los brazos a los lados del cuerpo o flectados y cruzados para apoyar la cabeza sobre ellos, los pies deben estar con sus orfejos mayores hacia el interior con flexión plantar, esto ayuda a una mejor visualización y relajación del músculo.
 - **Muslo:** se debe colocar al paciente en posición lateral o sentado.
- 7.- Limpiar la zona de piel a puncionar en un área de +/- 5cm.de diámetro, con una tórula impregnada en solución antiséptica, manteniendo una tórula seca entre el dedo meñique y anular de la mano izquierda.
- 8.- Con la mano izquierda estire la piel de la zona a puncionar e inserte la aguja en un ángulo de 90° con un movimiento rápido y seguro.
- 9.- Suelte la piel y tome con el dedo pulgar e índice de la mano izquierda el cono de la jeringa para mantenerla firme y aspire suavemente con el émbolo para asegurarse que no hemos roto ningún vaso sanguíneo y no refluye sangre.
- 10.- Inyecte el medicamento suavemente manteniendo la aguja inmóvil, cuando haya terminado coloque la tórula seca junto a la aguja y retírela con un movimiento rápido y seguro manteniendo en mismo ángulo, presione la zona con la tórula y realice movimientos circulares suaves en la zona de punción para facilitar la dispersión de la solución y disminuir el dolor.
- 11.- Deje cómodo al paciente.
- 12.- Registre el procedimiento en la ficha correspondiente al paciente, con fecha, hora , medicamento, dosis, vía, sitio de inyección y el nombre de la persona responsable.
- 13.- Lávese la manos y retire el equipo, elimine con cuidado material cortopunzante sin recapsular agujas, y el resto del material guárdelo en el lugar que corresponda.

EXTRACCION DE SANGRE POR PUNCION VENOSA.

Definición: es la introducción de una aguja o catéter al sistema vascular (vena), esto tiene fines terapéuticos y/o diagnósticos (administración de medicamentos, exámenes de sangre, pruebas funcionales, permeabilización de una vía venosa).

- Sitios de Punción:**
- Vena Cefálica.
 - Vena Basílica.
 - Venas Medianas, cefálica y basílica.
 - Vena Cubital.
 - Vena Radial.
 - Venas Metacarpianas.

Objetivo:

- Obtener una muestra de sangre para exámenes de laboratorio.
- Administrar medicamentos o soluciones con fines diagnósticos po terapéuticos.
- Permeabilizar una vía venosa periférica.

VALORACIÓN:

- Estado clínico del paciente. Comprensión y cooperación.
- Evalúe el estado de las venas periféricas de brazos.

- Evalúe integridad cutánea.
- Determine el objetivo de la punción.

Equipo:

Bandeja con:

- Aguja endovenosa calibre 18-19-20-21, bisel corto y de longitud de 1- 1,5 cm.
- Jeringa estéril de acuerdo a la cantidad de sangre que extraerá.
- Sistema venojet (Camisa y agujas)
- Riñón .
- Tórulas secas.
- Tórulas impregnadas con solución antiséptica.(Alcohol)
- Ligadura.
- Almohadilla con protector de plástico.
- Guantes de procedimiento.
- Tela adhesiva.
- Depósito para eliminar material corto-punzante y otro para el material contaminado.
- Pinzas.
- Frascos o tubos para los exámenes etiquetados con el nombre del paciente.
- Orden médica de los exámenes.

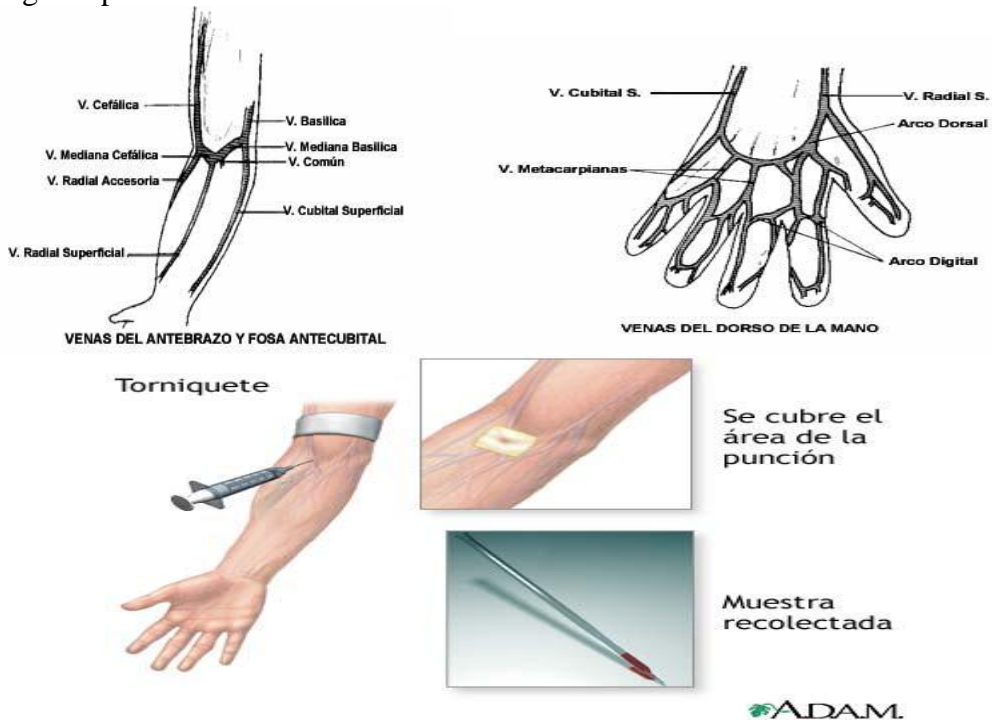
- Nota:**
- Uso de técnica estéril.
 - Valoración del sitio de punción.
 - Alternar sitio de punción.

Procedimiento:

1. Reúna el equipo.
2. Acuda al lado del paciente.
3. Identifique verbalmente al paciente y compárelo con el nombre de la hoja de órdenes de exámenes.
4. Explique al paciente el procedimiento a realizar.
5. Lávese las manos.
6. Colóquese guantes de procedimiento.
7. Ubique al paciente en la posición más cómoda para puncionarlo, si el paciente esta en cama ubicarlo de decúbito dorsal y dejarlo sentado si es paciente ambulatorio.
8. Valore el área a puncionar, generalmente utilizan las venas del pliegue del codo.
9. Coloque una almohadilla para apoyar el brazo a puncionar.
10. Coloque la ligadura en el brazo sobre el sitio a puncionar con un enlace fácil de soltar.
11. Ubique la vena y observe la dirección o el trayecto de ésta.
12. Desinfecte el área a puncionar con una tórula impregnada con solución antiséptica, pasarla de abajo hacia arriba una sola vez.
13. Dejar secar el alcohol y pídale al paciente que abra y cierre la mano varias veces, haga masajes de abajo hacia arriba del brazo o realice pequeños golpecitos sobre la vena, siempre cuando la vena no se ingurgite lo suficiente.
14. Luego pídale al paciente que empuñe la mano y usted traccione la piel suavemente con el pulgar de la mano izquierda para fijar la vena.
15. Inserte la aguja en un ángulo de +/- 45° con el bisel de la aguja hacia arriba, luego de traspasar la piel baje la aguja de manera que quede paralela al eje de la vena y

canalícula suavemente, observe si refluye sangre.

16. aspire suavemente para extraer la cantidad de sangre necesaria para los exámenes, suelte la ligadura y pídale al paciente que abra la mano que tenía empuñada. Homogenice suavemente, si el tubo tiene anticoagulante.
17. Coloque una tórula de algodón seca cercana al sitio de inserción de la aguja, y retire la aguja suavemente y en forma rápida, comprima el sitio de punción con la tórula para evitar formación de equimosis y fije con una tela adhesiva.
18. Con una pinza retire la aguja de la jeringa y vacíe lentamente, por las paredes de los frascos de exámenes, la sangre. Luego homogenice suavemente la sangre con el anticoagulante de algunos frascos.
19. Elimine el material contaminado según normas del servicio.
20. Retírese los guantes y lávese las manos.
21. Registre procedimiento.



TECNICA DE EXTRACCIÓN DE SANGRE CON SISTEMA AL VACIO (VENOJECT - VACUTAINER)

Definición: es la técnica de extracción de sangre al vacío ,con utilización de un sistema especial llamado camisa y doble aguja y frasco cerrados al vacío.

Valoración:

- 1.- Tamaño y profundidad de la vena.
- 2.- Lugar de punción.
- 3.- Valorar piel y sitio de punción.



Tipos de frascos



Equipo:

Bandeja con:

- Orden de exámenes (completa).
- Etiquetas de paciente de identificación.
- Camisa.
- Tórulas de algodón secas y con alcohol..
- Guantes desechables (estériles).
- Jeringa, vacutainer o vacutainer con palometa.
- Agujas.
- Depósito de desechos para material cortopunzante y material contaminado.

Procedimiento:

1. Lavado de manos.
2. Asegúrese que la hoja de exámenes corresponde al usuario.
3. Compruebe si el usuario esta en ayunas.
4. Identificamos los tubos a utilizar según orden de exámenes.
5. Informe al usuario el procedimiento.
6. Prepare el material.
7. Colóquese guantes de procedimiento.
8. Ubique el brazo del usuario en semiflexión y colocamos la liga 10- 15cm por encima de la zona de punción.
9. Seleccione la zona de punción, teniendo en cuenta factores como la edad, cantidad sangre necesaria, estado de las venas.
10. Desinfecte la zona con el antiséptico apropiado y con movimientos centrípetos, de dentro hacia fuera.
11. Deje secar el alcohol de la piel.
12. Colocar la aguja en el soporte de vacío (camisa).

13. Encajar tubo en el soporte sin perforar el tubo.
14. Introducir aguja en la vena con un ángulo de 20-30°.
15. Estabilizar la aguja y el adaptador con una mano, con el pulgar en la parte inferior del tubo y el dedo índice y medio en las aletas del adaptador.
16. Presionar con el pulgar y el dedo índice para que se perfore el tubo.
17. Comprobar que fluye la sangre por el tubo.
18. Llenar los tubos necesarios.
19. Retirar el último tubo del adaptador.
20. Desligue y retire el compresor.
21. Coger una tórula de algodón seco y presionar, quitando la aguja
22. Informe al usuario de que presione la zona unos 10 minutos aproximadamente.
23. Desechar material.
24. Retirarse los guantes.
25. Realizar lavado de manos.
26. Registrar y enviar las muestras al laboratorio con la orden de exámenes.



PREPARACION DE MEDICAMENTO A ADMINISTRAR VIA EV O IM.

- Equipo:**
- Riñón estéril
 - Jeringa según corresponda
 - Aguja para aspirar fármaco
 - Medicamento indicado
 - Alcohol 70°
 - Tórulas de algodón
 - Depósito para desechos
 - Depósito para material cortopunzante

PROCEDIMIENTO:

1. Lávese las manos
2. Revise en Hoja de Enfermería la indicación del fármaco y confirme con el nombre del frasco o ampolla
3. Si usa bandeja límpiela y coloque sobre ella la jeringa en su envase abierto. Si usa riñón estéril coloque sobre él, la jeringa y aguja sin envase.
4. Si el envase del fármaco es ampolla:
 - Límpiela con tórula con alcohol 70° y quiebre, en dirección contraria al punto que trae en el gollete.
 - Introduzca la aguja en el líquido y aspire el contenido con la cantidad indicada.
 - Antes de eliminar la ampolla vuelva a leer el nombre del fármaco.
5. Si el envase es frasco con tapa de goma:
 - Limpie usando tórula con alcohol 70° la superficie de la tapa de goma.
 - Aspire en la jeringa tanto aire como cantidad de solución que deba inyectar.

- Puncione la tapa e introduzca el aire al frasco.
- Invierta el frasco, aspire la cantidad indicada de solución y retire la aguja del frasco.
- Invierta la jeringa y expulse el aire.
- 6. Si el envase es frasco con tapa de goma y contenido liofilizado (polvo):
 - limpie con alcohol al 70% la tapa de goma.
 - Aspire el diluyente correspondiente con la jeringa en la cantidad exacta indicada y puncione la tapa de goma para introducir el líquido al frasco.
 - Agite suavemente el frasco hasta que el 100% del liofilizado esté diluido.
 - Invierta el frasco, puncione la tapa, aspire la cantidad de medicamento indicada y retire la aguja.
 - Invierta la jeringa y expulse las burbujas de aire.
- Cambie la aguja de llenado por la aguja correspondiente a la punción que se va a aplicar protegida con su capuchón. Déjela en el riñón y etiquétela con el nombre del fármaco.
- 7. Cambie la aguja de llenado, por la aguja correspondiente a la vía de administración al paciente. Déjela dentro de su envase, sobre la bandeja o déjela sin envase en el riñón estéril, etiquete con nombre del fármaco y nombre del usuario.
- 8. Si el frasco es de dosis múltiples, limpie el tapón y rotúlelo indicando la cantidad que resta en él y guárdelo donde corresponda.
- 9. Antes de eliminar o guardar el frasco vuelva a leer el nombre del fármaco y comparando con el nombre de la tarjeta u otro registro de indicación.
- 10. Lávese las manos
- 11. Administre el medicamento según indicación medica.

MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS MÁS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	PRESENTACION	DILUCION
<i>Aciclovir</i> (<i>Antiviral</i>)	Ampolla de 25 mg. = 10 cc.	Diluir 250 mg en 100 cc de SF9% administrar en forma lenta.
<i>Adrenalina</i> (<i>Simpaticomimético - Broncodilatador</i>)	Ampolla de 1 mg. = 1cc	Administración directa.
<i>Albumina Humana</i> (<i>Albuminoterapia</i>)	Frasco - ampolla 10 gr. = 50 cc.	Administración directa sin diluir en 1 hora.
<i>Amiodarona - Atlansil</i> (<i>Antiarrítmico</i>)	Ampolla de 150 mg = 3cc	Diluir en 500cc de S. G.5% o S.F. 9% + 600 mgrs ó 900 mgrs. En 24 horas. Bolo 150 mg. AMD en 100 cc de SF9% en 15 - 30 min.
<i>Aminofilina</i> (<i>Broncodilatador - antiasmático</i>)	Ampolla de 250 mg = 10 cc	Diluir en S. G 5% o S. F 9% 250 -500cc. Administración lenta > 20 min. Administración directa en 10 min.
<i>Amikacina</i> (<i>Antibiótico</i>)	Frasco- ampolla de 500mg en 2 ml Ampolla de 100mg en 2 ml.	Diluir 500mg en 100cc de SF9%. Administrar en 30 - 60 min.

<i>Ampicilina</i> (<i>Antibiótico</i>)	Frasco- ampolla de 500 mg - 1 gr. (polvo liofilizado)	Diluir 1 gr. en 20cc de S.F. 9% o agua destilada en 10 - 15 mi n.
<i>Atropina Sulfato</i> (<i>Antiespasmódico - Anticolinérgico</i>)	Ampolla de 1 mg. = 1cc	Administración directa.
<i>Bicarbonato de Sodio</i> (<i>Electrolitoterapia - Alcalis</i>)	Ampolla de 10cc con B. de NA al 8,4 %	Administración directa lenta (5 - 10 min.)
<i>Bramedil - Viadil</i> (<i>Antiespasmódico</i>)	Compuesto (+ dipirona) Ampolla de 4 cc. Sin compuesto: ampolla de 1cc.	Diluir en 10 - 20 cc de SF 9% en 10 minutos.
<i>Cedilanid - Lanatosido C</i> (<i>Cardiotónico</i>)	Ampolla de 0,40 mg = 2 ml.	Administración directa en 1 - 2 min.
<i>Ceftriaxona - Acanrex</i> (<i>ATB cefalosporina de 3^o generación</i>)	Frasco - ampolla de 1 gr. (polvo liofilizado)	Diluir en 10 cc de S F9%. Administrar en forma lenta 5 - 10 min.
<i>Cefazolina - Cefamezin</i> (<i>ATB cefalosporina de 3^o generación</i>)	Frasco - ampolla de 1 gr. (polvo liofilizado)	Diluir en 10 cc de SF 9%. Administrar lento 10 - 15 min.
<i>Cefotaxima - Grifotaxima</i> (<i>ATB cefalosporina de 3^o generación</i>)	Frasco - ampolla de 1 gr. (polvo liofilizado)	Diluir en 100cc de SF9%. Administrar en 20 - 60 min.
<i>Cidoten - Betametazona</i> (<i>Corticoide - Antiinflamatorio</i>)	Ampolla de 4 mg = 1 cc.	Administración directa.
<i>Clindamicina - Dalacin</i> (<i>ATB</i>)	Frasco - ampolla de 300 mg = 2cc 600 mg = 4 cc	Diluir en 100cc de SF9%. Administrar en 30 min.
<i>Cloranfenicol - Quemietina</i> (<i>ATB</i>)	Frasco - ampolla de 1 gr. (polvo liofilizado)	Diluir en 11 cc de SF9%. Administrar en forma lenta.
<i>Clorfenamina - Clorprimeton</i> (<i>Antihistamínico - Antagonista H1</i>)	Ampolla de 10 mg = 1 cc.	Administración directa.
<i>Cloxacilina Sódica</i> (<i>ATB</i>)	Frasco - ampolla de 500mg. (polvo liofilizado)	Diluir 1 gr. en 30cc de SF9%. Administrar > 10 min.
<i>Cloruro de Calcio</i> (<i>calcioterapia</i>)	Ampolla al 10 % de 10 cc	Diluir mínimo en 100 cc de SF9% ó SG5%. Administración lenta.
<i>Clorpromazina</i> (<i>Neuroléptico</i>)	Ampolla de 25 mg = 2 cc.	Administración en forma directa sin diluir.
<i>Cotrimoxazol - Septrin- Bactrimel</i> (<i>ATB</i>)	Ampolla de 400/80 mg en 5 ml. (sulfamethoxazole+trimeth oprim)	Diluir en 100 cc de SF9%. Administrar en 60 min.

<i>Dexametazona</i> (<i>Corticoterapia</i>)	Ampolla de 4 mg. = 1 cc.	Administración directa.
<i>Diazepam</i> (<i>Ansiolítico - Tranquilizante menor</i>)	Ampolla de 10 mg = 2 cc.	Administrar en forma directa sin diluir y rápida. Para infusiones según indicación medica.
<i>Dipirona - Metamizol Sódico</i> (<i>Analgésico - Antipirético - Antiinflamatorio</i>)	Ampolla de 1gr . = 2 cc.	Diluir 1 gr. en 50 cc de SF9% para administrar en forma directa, lenta 30 min. Para infusiones de Analgesia según indicación medica.
<i>Dobutamina</i> (<i>Agente inotrópico</i>)	Ampolla de 250 mg. = 5 cc	Infusión: SF9% ó SG5% 500 cc + 500mg de Dobutamina.
<i>Domperidona</i> (<i>Regulador de la función motora digestiva</i>)	Ampolla de 2 ml.	Administración directa.
<i>Dopamina</i> (<i>Adrenérgico - Vasopresor</i>)	Ampolla de 200 mg. = 5 cc	Infusión: SF9% ó SG5% 500 cc + 800 mg de Dopamina.
<i>Dormonid - Midazolam</i> (<i>Hipnosedante</i>)	Ampolla de 5 mg. = 1cc Ampolla de 50mg. = 10 cc	Administración directa sin diluir 2,5 - 5 mg. Infusión: SF9% ó SG5% 500 cc + 50 - 100mg de Dormonid (inf. de sedación permanente) para 24 horas.
<i>Droperidol</i> (<i>Neuroléptico</i>)	Ampolla 5 mg. = 2 cc.	Administración directa.
<i>Espercil</i> (<i>Hemostático</i>)	Ampolla de 1000 mg. = 10 cc (Ac. Tranexámico)	Diluir en 100 cc SF9% ó SG5%; o también diluir en suero permanente. Administración lenta.
<i>Famotidina</i> (<i>Bloqueador de Receptores H2 de Histamina - Antiulceroso</i>)	Ampolla de 20 mg. = 2 cc.	Diluir en 100 cc de SF9% ó SG5%. Administración en forma lenta.
<i>Fenitoina Sodica</i> (<i>Anticonvulsivante</i>)	Ampolla de 250 mg. = 5 cc	Diluir en 100 cc de SF9% administrar como mínimo en 30 minutos. Infusión según indicación medica.
<i>Fenobarbital Sódico</i> (<i>Anticonvulsivante - Hipnótico - Sedante - Barbitúrico</i>)	Ampolla de 200 mg. = 2 cc. Frasco - ampolla 200 mg. (polvo liofilizado)	Diluir en 100 cc de SF9% administrar como mínimo en 30 minutos. Infusión según indicación medica.
<i>Fitomenadiona - Vitamina K</i> (<i>vitaminoterapia</i>)	Ampolla de 10 mg. = 1cc Konaktion: ampolla de 10 mg	Diluir en SF9% ó SG5% 500 cc. Konaktion: administración directa lenta.

<i>Flagyl - Metronidazol</i> (<i>Anaerobida - Antiparasitario</i>)	Frasco de 500 mg. = 100 cc.	Administración directa en 15 - 30 min.
<i>Flumazenilo - Lanexat</i> (<i>Antagonista de las Benzodiazepinas</i>)	Ampolla de 0,5 mg. = 5 cc.	Administración diluida en 100 cc de SF9% o SG5% en 15 min.
<i>Furosemida - Laxur</i> (<i>Diurético - Hipotensor</i>)	Ampolla de 20 mg. = 1 cc	Administración directa sin diluir.
<i>Gelafundin - Haemacell</i> (<i>Solución coloidal-sustituto de volumen plasmático</i>)	Matraz de 500 cc	Administración directa infusión lenta o rápida según indicación medica.
<i>Gentamicina</i> (<i>Antibioterapia</i>)	Ampolla de 80 mg. = 2 cc.	Diluir en 80 mg en 100 cc de SF9% , administrar en 1 hora.
<i>Gluconato de Calcio</i> (<i>Calcioterapia</i>)	Ampolla de G.Calcio al 10% = 10 cc	Administración directa sin diluir en 10 min. o más. Diluir en 50 - 500 cc de SF9% o SG5%.
<i>Haloperidol - Haldol</i> (<i>Neuroléptico - Tranquilizante mayor</i>)	Ampolla de 5 mg. = 1cc.	Administración directa.
<i>Heparina</i> (<i>Anticoagulante-Antitrombótico</i>)	Frasco - ampolla 25000 UI = 5 cc.	Diluir en SF9% 500cc a pasar en infusión según indicación medica. Administración directa 2.500 - 5.000 U Según indicación medica.
<i>Hidrocortisona - Solu-Cortef</i> (<i>Corticoterapia</i>)	Frasco- ampolla de 100 - 500 mg. (polvo liofilizado)	Diluir 50 - 100 mg en 5 - 10 cc de SF9% o agua destilada. Diluir 500 mg en > 100cc de SF9%.
<i>Imipenem - Tienam</i> (<i>Antibioterapia</i>)	Frasco - ampolla de Imipenem 500 mg. y Cilastatina sódica 500 mg. (polvo liofilizado)	Diluir en 100 cc de SF9% , administración lenta en 1 hora.
<i>Insulina Rápida - Humulin R</i> (<i>Hipoglicemiente</i>)	Frasco - ampolla de 1000 UI en 10 ml.	Administración directa o en SG5% según indicación medica.
<i>Isoprotenerol - Isuprel</i> (<i>Adrenérgico</i>)	Ampolla de 1 mg. = 5 cc.	Diluir 1 - 2 mg en 500 cc de SF9% o SG5% en infusión para 24 horas según indicación medica.
<i>Lertus MD (multidosis)</i> (<i>Analésico - Antiinflamatorio</i>)	Frasco - ampolla de 750mg.=10 cc	Diluir 75 mg (1 cc.) en 100 cc de SF9%.

<i>Lidocaina</i> (<i>Antiarrítmico - Anestésico local</i>)	Ampolla de 200 mg = 10 cc	Administración directa 50 - 100 mg. Infusión 1 - 2 gr. en 500cc de SF9% o SG5%. Dosis según indicación medica.
<i>Licomicina - Lincocin</i> (<i>Antibioterapia</i>)	Ampolla de 300 mg. = 1 cc. Ampolla de 600 mg. = 2 cc.	Diluir en 250 cc de SF9% en 1 hora o más.
<i>Lorazepam</i> (<i>Ansiolítico- Hipnótico</i>)	Ampolla de 4 mg. = 2 cc.	Administración directa.
<i>Manitol 15 %</i> (<i>Expandidor del plasma - Diurético osmótico</i>)	Matraz de 75 g = 500 cc	Administración directa por bolos en forma rápida.
<i>Metilprednizolona - Solu-Medrol</i> (<i>Corticoterapia</i>)	Frasco - ampolla 40 - 125 - 500 - 1000 mg. (polvo liofilizado)	Diluir en 250 cc o más de SF9% en un tiempo no inferior a 10 min. según dosis. Infusión según indicación medica.
<i>Metoclopramida</i> (<i>Antiemético - Regulador de la función motora digestiva</i>)	Ampolla de 10 mg. = 2 cc.	Administración directa en forma lenta.
<i>Morfina</i> (<i>Narcótico - Analgésico central</i>)	Ampolla de 10 mg. = 1 cc. Ampolla de 20 mg. = 1 cc.	Diluir en 9 cc de SF9% para administrar 1cc = 1 mg. Infusión para analgesia según indicación medica.
<i>Muxol - Ambroxol</i> (<i>Mucolítico</i>)	Ampolla de 15 mg. = 2 cc.	Administración directa.
<i>Neostigmina metilsulfato</i> (<i>Colinérgico - Antimiasténico</i>)	Ampolla de 0,5 mg. = 1 cc.	Administración directa lenta.
<i>Nitroglicerina</i> (<i>Vasodilatador coronario</i>)	Frasco - ampolla de 50 mg.= 10cc	Diluir 50 - 100 mg. en 250 - 500 cc de SF9% o SG5% respectivamente en infusión para 24 horas. (10 gamas o más)
<i>Oxitocina</i> (<i>Oxitócico</i>)	Ampolla 5 - 10 UI = 1 cc.	Diluir 1 ampolla en 500 cc de SF9%, dosis según indicación medica.
<i>Pavulon - Bromuro de Pancuronio</i> (<i>Agente bloqueador neuromuscular no desporalizante</i>)	Ampolla de 4 mg. = 2 cc.	Administración directa.
<i>Penicilina Sódica</i> (<i>Antibioterapia</i>)	Frasco - ampolla de 1 - 2 mill. (polvo liofilizado)	Diluir 1 millón en 11 cc de SF9%. Administrar en 20 - 30 min.

<i>Petidina</i> (<i>Analgésico - Narcótico</i>)	Ampolla de 100 mg = 2 cc.	Diluir 50 - 100 mg en 500 cc de SF9% o SG5% para infusión de analgesia según indicación medica.
<i>Profenid - Ketoprofeno</i> (<i>Analgésico - Antiinflamatorio no esteroidal</i>)	Frasco- ampolla de 100 mg. (polvo liofilizado)	Diluir 100 mg en 100 cc de SF9% como mínimo a pasar en 30 min. Infusión de analgesia en 500 cc SF9% o SG5% a pasar según indicación medica.
<i>Propranolol</i> (<i>Bloqueador beta adrenérgico - Hipotensor</i>)	Ampolla de 1 mg. = 1 cc.	Administración directa lenta.
<i>Ranitidina</i> (<i>Antiulceroso - Antagonista de los receptores H2 de Histamina</i>)	Ampolla de 50 mg. = 2 cc.	Diluir como mínimo en 50 cc de SF9% o SG5% en forma lenta (15 min.) , o administrar en suero a perfusión.
<i>Streptase - Streptokinasa</i> (<i>Trombolítico</i>)	Frasco- ampolla de 750.000 - 1.500.000 UI. (polvo liofilizado)	Diluir en 100 - 250 cc (respectivamente) de SF9% o SG5%, a pasar en entre 30 y 60 minutos, con monitorización cardiaca y hemodinámica.
<i>Sulfato de Magnesio</i> (<i>Electrolitoterapia</i>)	Ampolla al 25 % = 5 ml (1.250 mg = 10,15 mEq/5 cc.)	Diluir 1 ampolla en 500 cc de SF9% o SG5%. Infusión según indicación medica.
<i>Sulperazona</i> (<i>Antibioterapia</i>)	Frasco - ampolla de 1,5 gr. (polvo liofilizado) (500 mg. Sulbactam + 1000 mg. Cefoperazona)	Diluir en 100 cc de SF9% en 30 - 60 min.
<i>Tiamina</i> (<i>Vitaminoterapia B1</i>)	Ampolla de 30 mg. = 1 cc.	Diluir en 500 cc de SF9% o SG5%.
<i>Tramal</i> (<i>Analgésico</i>)	Ampolla 100 mg. = 2 cc.	Diluir como mínimo en 100 cc de SF9%, administrar de forma lenta (30 - 60 min.) o en infusión.
<i>Unasyn</i> (<i>Antibioterapia</i>)	Frasco - ampolla de 1,5 grs. (polvo liofilizado) Sulbactam 500 mg. + Ampicilina 1000 mg.	Diluir en 100 cc de SF9% en 30 minutos.
<i>Vancomicina - Vancocin - Kovan</i> (<i>Antibioterapia</i>)	Frasco - ampolla de 500 mg. y 1gr. (polvo liofilizado)	Diluir en 100 cc de SF9% a pasar en 1 hora.
<i>Verapamilo</i> (<i>Antiarrítmico - Antagonista del calcio</i>)	Ampolla de 5 mg. = 2 cc.	Administración directa en un tiempo mayor a 2 minutos.

TECNICA DE INSTALACIÓN DE VIA VENOSA PERIFERICA

Definición: es la colocación de un catéter venoso de diferente calibre en una vena a nivel periférico, de preferencia en extremidades superiores, comenzando siempre de distal a proximal y escogiendo la vena de mayor calibre.

Objetivo:

- Administrar medicamentos de forma directa al torrente sanguíneo.
- Mantener una vía venosa permeable de fácil acceso en caso de una emergencia.

Indicaciones:

1. La administración de diferentes soluciones con fines terapéuticos y/o diagnósticos.
2. La administración de medicamentos.
3. La administración de sangre y/o sus derivados.

Equipo:

Bandeja con:

- Guantes de procedimientos.
- Jeringa de 5 - 10cc.
- Suero Fisiológico en ampolla o agua destilada en ampolla.
- Catéter venoso de diferentes lúmenes (N° 24 - 22 - 20 - 18 - 16 - 14)
- Llave de 3 pasos o tapón heparinizado.
- Ligadura.
- Tórulas de algodón secas.
- Tórulas de algodón humedecidas con solución antiséptica.
- Gasa estéril.
- Tela adhesiva.
- Depósito de material cortopunzante.
- Tijeras.

Procedimiento:

1. Lávese las manos.
2. Reúna el material y déjelo en la bandeja.
3. La jeringa de 5 - 10cc prepárela con suero o agua destilada (en algunos casos con heparina diluida).
4. Llevar el material a la unidad del paciente.
5. Explicar el procedimiento.
6. Lávese nuevamente las manos.
7. Colóquese los guantes de procedimiento.
8. Seleccione la extremidad a puncionar.
9. Ligue la extremidad para producir la ingurgitación de las venas.
10. Observe el calibre de las venas y elija la de mayor lumen, siempre de distal a proximal.
11. Una vez seleccionada la vena a puncionar elija el catéter a utilizar (debe ser proporcional al calibre de la vena).
12. Con el catéter seleccionado tomar el mandril del teflón con la mano más hábil entre el dedo pulgar e índice, manteniendo el bisel hacia arriba y con la otra mano limpiar la zona a puncionar con una tórula humedecida con solución antiséptica.

13. Luego insertar el catéter en la vena en forma suave pero segura, siempre en sentido de la circulación en un ángulo de 15 a 20°.
14. Introducir el catéter hasta que refluya sangre por el mandril, luego sin mover el catéter retirar el mandril levemente e introducir el teflón en la vena.
15. Una vez dentro de la vena, desligar y retirar completamente el mandril haciendo presión en el extremo distal del catéter, para que no refluya sangre.
16. Instalar la llave de 3 pasos o el Tapón amarillo. Y si se administra suero colocar después de la llave de 3 pasos el matraz con el equipo de perfusión.
17. Administrar suero, agua destilada o heparina diluida a través de la llave de 3 pasos o del tapón amarillo con el fin de mantener permeable la vía.
18. Fijar firmemente la vía con tela adhesiva, colocar en el sitio de punción gasa estéril y fijarla nuevamente con tela adhesiva.
19. Registrar sobre la tela: Teflón N° ?, fecha de instalación y responsable.
20. Eliminar el material cortopunzante y el contaminado.
21. Retirarse los guantes.
22. Lávese las manos.
23. Guarde el material sobrante.
24. Registre el procedimiento en la hoja de enfermería.

Nota:

- Utilizar un catéter diferente cada vez que puncione.
- Siempre puncionar de distal a proximal.
- Vigilancia permanente del sitio de punción.
- Cambio de la VVP cada 72 horas o SOS.

ADMINISTRACIÓN POR GOTEO Y PERFUSION CONTINUA FLEBOCLISIS – VENOCLISIS

Objetivo del taller:

- Preparar una fleboclisis.

DEFINICIÓN: introducción de grandes cantidades de líquido al torrente circulatorio gota a gota.

OBJETIVO:

- Administrar fluidos endovenosos
- Suplementación nutricional
- Administrar terapia medicamentosa
- Transfundir productos sanguíneos.
- Flebografías (fines diagnósticos)

PRINCIPIOS QUE RIGEN LA TECNICA

- La p° de la sangre de la vena es > que la del matraz, por lo que emplea el método de la gravedad para vencer la fusión sanguínea y facilitar la penetración del líquido en la vena. El matraz debe tener una diferencia de 60 a 80 cms en relación a la vena.
- El volumen circulante debe ser adecuado para permitir un normal funcionamiento del organismo. Debe evitarse sobrecargas abruptas.

CÁLCULO DE VELOCIDAD DE GOTEO

$$\text{N}^\circ \text{ gotas} = \frac{\text{cc a pasar}}{\text{N}^\circ \text{ hrs} \times 3}$$

CÁLCULO DE MICROGOTAS

$$\text{N}^\circ \text{ microgotas} = \frac{\text{cc a pasar}}{\text{N}^\circ \text{ hrs}}$$

EQUIVALENTES:

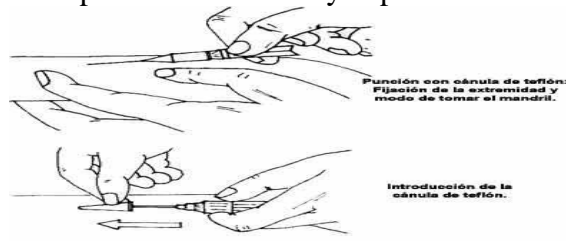
- 1 cc = 20 gotas
- 1 lts = 20.000 gotas
- 1 gota = 3 microgotas
- 1 hr = 60 minutos

MATERIAL:

- Equipo de fleboclisis
- Matraz con solución indicada
- Teflón o Bránula N° 18 al 23
- Conexión de extensión para teflón o llave de tres pasos
- Algodón
- Tela adhesiva
- Gasa estéril
- alcohol
- Tegaderm
- Máquina para rasurar
- Ligadura

PROCEDIMIENTO:

- Lavado de manos según técnica.
- Preparar en la clínica, bandeja con el suero indicado:
- Lavar matraz bajo el chorro de agua.
- Desinfectar gollote y tijeras, cortar gollote.
- Abrir bajada de suero, cerrar llave de paso y conectar al matraz.
- Llenar, con suero, totalmente el lumen del equipo.
- Identificar en el matraz: nombre del paciente, aditivos, fecha y hora de preparación de la solución.
- Reunir todo el material para su instalación y depositarlo en la unidad del paciente.



RECOMENDACIONES

- Reunir todo el material necesario para no salir de la unidad.
- Preparar "rigurosamente" el sitio de punción.
- El material NO ESTERIL, no debe quedar en contacto directo con el sitio de punción (telas adhesivas), debe usarse una gasa estéril.
- El teflón puede usarse sólo en una punción

- Los equipos de perfusión se deben cambiar cada 72 Hrs en los adultos, esto incluye equipos de flebo y microgoteos. (colocar fecha)
- Los equipos usados para nutrición parenteral total se deben cambiar cada 24 hrs, si se administran lípidos el equipo se cambia al terminar de infundir, no excediendo de 12 hrs.
- El matraz no se debe puncionar.
- Retire el teflón ante cualquier reacción inflamatoria.
- Consignar en el sitio de punción N° del teflón, fecha y hora de instalación, nombre del que ejecuta la acción.
- Mantener una observación constante del sitio de punción a través del apósito transparente.
- Debe realizarse curación del sitio de punción si apósito se encuentra húmedo, manchado o suelto.

COMPLICACIONES

- Infiltración
- Flebitis
- Infección local
- Hematomas
- Necrosis de la piel por compresión
- Venoespasma
- Sobrecarga hídrica o deshidratación por mal manejo de la velocidad de infusión
- Compromiso de la circulación periférica

INDICACIÓN DE RETIRO

- Término de tratamiento
- Ante presencia de complicaciones

TIPOS DE SOLUCIONES ADMINISTRADAS

- Soluciones isotónicas. Se administran a una velocidad de 40 – 60 gts x'
- Ej: S. Glucosado 5%, S.F. 0,9 %
- Soluciones hipertónicas. Se administran a una velocidad de 20 – 30 gts x'
- Ej: S. Glucosado 10 %, 30%, Manitol
- Soluciones que contienen potasio. Se administran a una velocidad no mayor de 20 meq/hr (máximo 4 gr de KCl x litro) y no mayor de 80 meq/día (6 – 7 gr KCl)
- Electrolitos más usados:
NaCl al 10% (1 amp 10 cc = 1 gr = 17 meq)
KCl al 10% (1 amp 10 cc = 1 gr = 14 meq)

SOLUCIONES	COMPOSICION	INDICACIONES	CALORIAS / 100cc
NaCl 0,9% (S. fisiológico)	NaCl 9gr H ₂ O destilada 1000cc	Deshidratación	
Glucosa 5 %	Glucosa 50 grs H ₂ O destilada 1000cc 1 gr = 4 cal.	Déficit calórico y agua	200 cal.

Glucosa 10 %	Glucosa 100 grs H ₂ O destilada 1000cc	Déficit calórico	400 cal.
Glucosa 20 %	Glucosa 200 grs H ₂ O destilada 1000cc	Déficit calórico	800 cal.
Glucosa 30 %	Glucosa 300 grs H ₂ O destilada 1000cc	Déficit calórico	1200 cal.
Glucosa 50 %	Glucosa 500 grs H ₂ O destilada 1000cc	Déficit calórico	2000 cal.
Glucosalino hipertónico	NaCl 9 grs Glucosa 50 grs H ₂ O destilada 1000cc	Deshidratación	200 cal.
Glucosalino isotónico	NaCl 4,5 grs Glucosa 2,5 grs H ₂ O destilada 1000cc		100 cal.

CONTROL GLICEMIA CAPILAR (HGT)

MATERIAL:

Bandeja con:

- Tórnulas de algodón secas.
- Lancetas
- Glucómetro.
- Alcohol 70°
- Lápiz.

PROCEDIMIENTO:

1. informe al paciente del procedimiento a realizar.
2. Lávese las manos
3. Reúna el material y llévelo a la unidad del paciente
4. Coloque una cinta en el lector del glucómetro, verifique la serie del chip.
5. Limpie con algodón seco en la zona digital seleccionada.
6. Puncione con la lanceta. (utilice siempre la cara lateral interna distal de dedo medio, anular o meñique)
7. Presione la extremidad masajeando desde la palma hacia el dedo puncionado
8. Deje caer una gota sobre la cinta colocada en el lector.
9. Presione con una tórula seca la zona puncionada
10. Lea la cifra digitada en la máquina y registre el valor del hemoglucotest controlado.
11. Limpie y retire el material
12. Lávese las manos.

TRANSFUSIONES SANGUINEAS Y/O DERIVADOS.

Definición: proceso por el que se administra sangre y/o sus derivados de un donante, o del propio receptor al torrente sanguíneo . Es una modalidad terapéutica muy eficaz en situaciones de shock hipovolémico por hemorragias o enfermedades de la sangre (anemia, plaquetopenia) . La transfusión de sangre se utiliza con frecuencia en intervenciones quirúrgicas, traumatismos, hemorragias digestivas o partos en los que haya una pérdida importante de sangre.

Composición de la sangre:

1. Plasma : 55 % de la sangre.
2. Elementos figurados: 45 % de la sangre.

Plasma: es un líquido denso de color amarillo blanquecino que tiene como función mantener el volumen sanguíneo dentro del compartimiento vascular y contener los elementos figurados, esta constituido por:

- Agua : 92%
- Proteínas: 7% (albúminas, fibrinógeno y gamaglobulinas)
- Anticuerpos, nutrientes, residuos metabólicos, gases, enzimas, sales: 1 %

Elementos Figurados: esta constituido por:

- Eritrocitos o Glóbulos rojos (valor normal: 4.800 - 5.500 mm³)
- Leucocitos o Glóbulos blancos (valor normal: 5.000 - 10.000 mm³)
- Trombocitos o Plaquetas (valor normal: 180.000 - 300.000 mm³)

Grupos Sanguíneos: sistema de clasificación de la sangre humana basado en los componentes antigénicos de los glóbulos rojos. La tipificación de grupo es un requisito necesario para las transfusiones de sangre, existen 4 grupos que son los siguientes: A, B, AB (receptor universal) y O (dador universal).

GRUPO SANGUINEO	A	B	AB	O
Tipo de anticuerpos	Anti-B	Anti-A	Ningun o	Anti-A y anti-B

COMPATIBILIDAD ENTRE TRANSFUSIONES				
Donante	Receptor			
	A	B	AB	O
A	Sí	No	Sí	No
B	No	Sí	Sí	No
AB	No	No	Sí	No
O	Sí	Sí	Sí	Sí

Factor Rh: este sistema se basa en la existencia o no de diversos aglutinógenos, en los glóbulos rojos. Es otro grupo sanguíneo de transmisión hereditaria que tiene gran importancia en obstetricia y que también hay que tener muy en cuenta antes de realizar una transfusión sanguínea. Existen 2 tipos Rh positivo y el Rh negativo.

El factor Rh positivo posee este antígeno en su superficie, en cambio el Rh negativo no lo posee y es capaz de generar anticuerpos frente a él, por tanto, se puede desencadenar una respuesta inmune cuando se hace una transfusión de sangre de un individuo Rh (+) a uno Rh (-), aunque no al contrario, ej: embarazo.

Indicaciones:

- En algunas intervenciones quirúrgicas.
- Traumatismos.
- Hemorragias.
- Partos.

Equipo:

- Matraz con sangre y/o sus derivados.
- Equipo de perfusión.
- Tómulas de algodón secas y algunas humedecidas con solución antiséptica.
- Soporte de suero.
- Mariposa o VVP.
- Tapón heparinizado o llave de 3 pasos..

Procedimiento:

1. Reúna el material.
2. Lávese las manos.
3. Explique el procedimiento al paciente según estado de conciencia.
4. Conecte el equipo de perfusión al matraz de sangre y/o derivados.
5. Permeabilice la bajada de suero sin dejar ninguna burbuja de aire.
6. Si el paciente no tiene vía venosa se debe instalar una en la vena de mejor calibre con un catéter idealmente N° 18 y con una llave de 3 pasos.
7. Con VVP conectar inmediatamente la bajada de suero a la llave de 3 pasos.
8. Comenzar a pasar la sangre.
9. Regular el goteo.
10. Lávese las manos y registre el procedimiento.

Nota:

- Procedimiento debe ser realizado por Tecnólogo Médico de Banco de Sangre.
- Control de temperatura durante el procedimiento.
- Observar reacciones adversas al procedimiento (fiebre, rush cutáneo, shock anafiláctico) y suspenderlo si es necesario).
- Observar sitio de inserción del catéter (por infiltración o flebitis).
- La velocidad del goteo va a depender del tipo de transfusión (glóbulos rojos, plaquetas o plasma).
- Previo a la transfusión debe fijarse si el matraz lleva impreso el tipo de grupo y Rh y si este coincide con el del paciente y si lleve el nombre del paciente.
- Registrar volumen de la transfusión según normas del servicio.

TECNICA DE CURACION

DEFINICIÓN: procedimiento realizado sobre la herida destinada a prevenir y controlar las infecciones y promover la cicatrización. Es una técnica aséptica, por lo que se debe usar material estéril.

OBJETIVOS:

- Promover el proceso de cicatrización.
- Remover aquellos factores que impidan el proceso de cicatrización.
- Prevenir infección de la herida.

- Restringir movimientos de la zona.
- Proteger la herida de continuas fricciones o traumatismos.
- Observar secreciones en herida y/o contenidos que se eliminan a través de drenajes.
- Aplicar presión para ayudar a la hemostasia o facilitar afrontamientos de los bordes de la herida.
- Por razones estéticas.
- Remover tejido necrótico y cuerpos extraños.
- Absorber exceso de exudado.
- Mantener ambiente libre de humedad en las heridas.
- Proteger el tejido de regeneración, del trauma y la invasión bacteriana.
- Controlar la evolución de la herida, pesquisar complicaciones como sangramiento, infección, dehiscencia, evisceración y otros.

VALORACIÓN:

- Valore condiciones generales del usuario y causa de la herida y/o cirugía.
- Valore las condiciones de la herida y/o cirugía.
- Observe las características de la piel alrededor de la herida y/o cirugía.
- Identifique alergias a algún elemento usado en la curación.
- Pesquise signos de infección u otras complicaciones.
- En el caso de ser una herida operatoria con drenaje debe: identificar el tipo y características del sistema de drenaje, valorar la cantidad y calidad de lo drenado.

TIPOS DE CURACIONES:

Va a depender de las características de la herida.

1. Curación de Heridas de bordes afrontados: es el procedimiento que se realiza en una herida con bordes afrontados para favorecer la cicatrización, prevenir y pesquisar complicaciones, generalmente no se utiliza antiséptico.
2. Curación de Heridas abiertas: es un procedimiento que se realiza en una herida que cicatriza por segunda intención (con bordes no afrontados) para facilitar el proceso de cicatrización, prevenir y/o pesquisar complicaciones. Son también aquellas en que se emplean soluciones, medicamentos u otros elementos para facilitar el proceso de cicatrización.
3. Curación de Heridas con drenajes: procedimiento que se realiza en una herida quirúrgica con drenaje para facilitar el proceso de cicatrización, prevenir y/o pesquisar complicaciones y también con el fin de observar cantidad y calidad de exudado, sitio de inserción del drenaje (sutura) y eliminar el contenido drenado.

CURACION DE HERIDA CON BORDES AFRONTADOS:

DEFINICIÓN: procedimiento que se realiza en una herida con bordes afrontados para favorecer la cicatrización, prevenir y pesquisar complicaciones.

OBJETIVOS:

- Facilitar el proceso de cicatrización de la herida.
- Evitar infección de la herida.
- Controlar la evolución de la herida, pesquisar complicaciones como sangramiento, infección, dehiscencia, evisceración y otros.

VALORACIÓN:

- Valore condiciones generales del usuario y causa de la herida.
- Valore las condiciones de la herida.
- Observe las características de la piel alrededor de la herida.
- Identifique alergias a algún elemento usado en la curación.
- Pesquise signos de infección u otras posibles complicaciones.

EQUIPO:

- Equipo de curación.
- Apósitos adecuados, según recursos.
- Guantes estériles y de procedimiento.
- Solución fisiológica.
- Tela adhesiva.
- Depósito para desechos.
- Delantal.

PROCEDIMIENTO:

1. Reúna el equipo en una bandeja o carro de curación y llévelo al lado del usuario. Identifique por su nombre verbalmente, en ficha clínica y/o brazalete y verifique indicación.
2. Explique el procedimiento.
3. Colóquese el delantal, lávese las manos y colóquese los guantes de procedimiento.
4. Descubra la zona de la herida, retire los apósitos: observe la herida y la piel de alrededor, también el apósito y elimine en bolsa de desecho.
5. Lávese las manos nuevamente, colóquese los guantes estériles, el ayudante le presenta el equipo de curación, arme campo estéril.
6. Pase una gasa con solución fisiológica por un lado de la herida en un solo sentido, realizando un arrastre mecánico, y luego elimínela, repita el mismo movimiento en el otro lado de la herida. Seque la herida con gasa, si es necesario.
7. Según las condiciones de la herida (enrojecimiento, edema, secreción) realice pincelación con antiséptico, espere que se seque.
8. Cubra con apósitos o gasa y selle con tela adhesiva, si es necesario. Según las condiciones de la herida, ésta puede quedar expuesta, sin protección.
9. Efectúe curación de herida cada 3 a 4 días. Se realiza curación sólo si hay alguna complicación, de lo contrario sólo al retirar los puntos.
10. Cubra al usuario y déjelo cómodo (lo realiza el ayudante).
11. Retire el equipo, llévelo al área sucia para su procesamiento.
12. Retírese el delantal, los guantes y lávese las manos.
13. Registre en la hoja de enfermería: procedimiento, observaciones realizadas (presencia de secreciones, sangramiento, necrosis, dehiscencia, evisceración) , fecha y hora de curación y nombre del responsable.

CURACIÓN DE HERIDA ABIERTA

DEFINICIÓN: es el procedimiento que se realiza en una herida que cicatriza por segunda intención (con bordes no afrontados) para facilitar el proceso de cicatrización, prevenir y/o pesquisar complicaciones.

OBJETIVOS:

- Remover bacterias de la superficie de la herida.
- Eliminar restos orgánicos e inorgánicos.
- Favorecer el proceso de cicatrización.
- Prevenir dolor y sufrimiento del usuario.
- Prevenir complicaciones e infecciones.

VALORACIÓN:

- Valore el estado clínico general y cognitivo del usuario.
- Valore las condiciones psicosociales del usuario.
- Valore el conocimiento que tiene el usuario del procedimiento.
- Valore el tipo de herida y localización, su profundidad y extensión.
- Observe la cantidad y tipo de exudado.
- Observe la presencia de infección.
- Observe el estado de la piel alrededor de la lesión.
- Reconozca factores generales y locales del usuario que retrasan la cicatrización.

EQUIPO:

- Equipo de curación y un riñón solo.
- Guantes de procedimiento y estériles.
- Solución fisiológica.
- Jeringa de 20cc.
- Apósitos según necesidad.
- Tela adhesiva.
- Elementos de protección (delantal, gorro, mascarilla, antiparras) según necesidad.
- Elementos de protección de la ropa de cama.
- Depósito para desechos.
- Depósito para cortopunzante.

PROCEDIMIENTO:

1. Reúna el equipo en una bandeja o carro de curación y llévelo al lado del usuario. Identifique por su nombre verbalmente, en ficha clínica y/o brazalete y verifique indicación.
2. Explique el procedimiento.
3. Colóquese el delantal y si es necesario otros elementos protectores.
4. Proteja la ropa de cama y acomode al usuario para facilitar el procedimiento.
5. Lávese las manos, colóquese los guantes de procedimientos y retire apósitos que cubren la herida y observe color, olor, cantidad y calidad de la secreción. Elimine en depósito de desecho individual.
6. Observe el lecho de la herida, el tipo de tejido (desvitalizado, granulación, otro), el tipo y cantidad de secreción y los demás parámetros para valorar las condiciones locales de la herida.
7. Retírese los guantes de procedimiento y lávese las manos nuevamente, colóquese los guantes estériles, el ayudante le presenta el equipo de curaciones y le proporciona los elementos necesarios, Arme su campo de trabajo estéril, incluyendo el riñón y la jeringa.
8. Con solución fisiológica irrigue suavemente la herida hasta que quede limpia.

9. Si la herida presenta tejido desvitalizado éste debe retirarse, existe diferentes formas y diferentes elementos que se pueden utilizar, dependiendo de la cantidad, profundidad, condiciones del usuario.
10. Si la herida presenta infección irrigue con solución fisiológica en forma abundante, cuidando de no lesionar el tejido desvitalizado, además debe aumentar la frecuencia de las curaciones, según necesidad.
11. Luego de realizar el desbridamiento, vuelva a irrigar suavemente con solución fisiológica para dejar limpia la herida.
12. Dependiendo de las condiciones de la herida, seleccione el apósito adecuado que dejará: con **tejido de granulación** debe ser un apósito que mantenga humedad sin adherirse; **tejido desvitalizado** use un apósito que facilite el desbridamiento y además, si es necesario use pomada enzimática; si hay **exceso de exudado** use un apósito con alta capacidad de absorción y si **hay infección** use un apósito que ayude a bajar la carga microbiana. La herida y la piel perilesión deben quedar cubiertas, protegidas.
13. Si es necesario use tela adhesiva para fijar o asegurar los apósitos que cubren la herida.
14. Si es necesario, dependiendo del tipo de herida y de la localización, use un vendaje sobre los apósitos, siguiendo las precauciones de su colocación.
15. Deje cómodo al usuario, asegúrese que la cama quede limpia y seca (lo realiza el ayudante)
16. Retire el equipo y envíe para su procesamiento.
17. Retírese los guantes y los demás elementos de protección, y lávese las manos.
18. Registre en la hoja de enfermería: procedimiento, observaciones realizadas (presencia de secreciones, sangramiento, necrosis, dehiscencia, evisceración), fecha y hora de curación y nombre del responsable.

CURACIÓN DE HERIDA CON DRENAJE

DEFINICIÓN: procedimiento que se realiza a una herida quirúrgica con drenaje para facilitar el proceso de cicatrización, prevenir y/o pesquisar complicaciones.

OBJETIVOS:

- Facilitar el proceso de cicatrización de la herida.
- Prevenir y pesquisar complicaciones de la herida y drenajes.
- Mantener drenaje permeable.
- Evitar infección.
- Educar al usuario en el cuidado de la herida y el drenaje.

VALORACIÓN:

- Valore el estado clínico general y cognitivo del usuario.
- Identifique el tipo de cirugía efectuada y evolución postoperatoria.
- Valore el proceso de cicatrización de la herida.
- Identifique el tipo y características del sistema de drenaje.
- Valore la calidad y cantidad de lo drenado.
- Valore la experiencia previa del usuario de herida con drenaje.

EQUIPO:

- Equipo de curación.
- Guantes de procedimiento y estériles.
- Solución fisiológica.
- Apósitos y gasas.
- Elementos para cambiar el recolector del drenaje.
- Tela adhesiva.
- Depósito para desecho.
- Delantal y elementos protectores según necesidad.
- Protector para la ropa de cama.

PROCEDIMIENTO:

1. Reúna el equipo en una bandeja o carro de curaciones y llévelo al lado del usuario. Identifíquelo verbalmente, leyendo en la ficha clínico y/o brazaletes y verifique la indicación.
2. Explique el procedimiento al usuario y/o familia.
3. Colóquese el delantal y otros elementos protectores según necesidad, lávese las manos y póngase los guantes de procedimientos.
4. Retire apósitos de la herida y alrededor del drenaje, observe presencia y características de la secreción y elimine en depósito de desecho. Observe condiciones de la herida y del drenaje.
5. Lávese nuevamente las manos, colóquese los guantes estériles y el ayudante presenta el equipo de curación.
6. Comience con la curación de la herida quirúrgica según procedimiento de la herida abierta o cerrada.
7. Luego realice la curación del sitio de inserción del dren. Si es necesario realice aseo con solución fisiológica, sacando todo resto de secreción, antiséptico y otros, cuidando de no movilizar el dren. Seque la piel.
8. Pincele con antiséptico la piel alrededor del dren, y espere que seque.
9. Cubra la zona de inserción del dren con gasa estéril y si es necesario apósito estéril. El dren no debe quedar entre los apósitos, ya que al retirarlos se puede traccionar y movilizar.
10. Si se filtra contenido alrededor del dren, puede usar una placa protectora de la piel para prevenir y/o tratar la irritación de la piel; esta placa se mantiene por 4 a 5 días.
11. Fije con tela adhesiva el apósito o gasa y asegure el dren.
12. Si corresponde, cambie el recolector del drenaje, abra el circuito entre el recolector y el dren cuidando de no contaminar las conexiones.
13. Reinstale (si corresponde) un recolector estéril y asegúrese de dejarlo en circuito cerrado con el dren.
14. Compruebe la permeabilidad de los drenes, ordeñe si es necesario.
15. El ayudante mide el contenido drenado en una copa graduada, observe sus características.
16. Fije la conexión a la piel del usuario y en la ropa para evitar tracción, movilización o desconexión accidental del dren.
17. Cubra al usuario y déjelo cómodo (lo realiza el ayudante).
18. Retire el equipo y envíe para su procesamiento.
19. Retírese los guantes y otros elementos de protección y lávese las manos.

20. Registre en la hoja de enfermería: procedimiento, observaciones realizadas (contenido de drenaje, presencia de secreciones, sangramiento, necrosis de tejido, dehiscencia, evisceración) , fecha y hora de curación y nombre del responsable.

EXTRACCIÓN DE SUTURAS:

DEFINICIÓN: consiste en el retiro de suturas de incisiones o heridas ya cicatrizadas.

OBJETIVOS:

- Eliminar suturas de incisiones o heridas.
- Prevenir infección en los puntos de sutura.

VALORACIÓN:

- Valore la cicatrización de la incisión y/o la herida.
- Observe signos de infección.
- Observe presencia de maceración de la piel y presencia de dehiscencia.

PROCEDIMIENTOS:

1. Reúna el equipo en una bandeja, identifique al usuario con ficha clínica y/o brazalete, y verifique indicación de retiro de sutura.
2. Explique el procedimiento al usuario y/o familia.
3. Lávese las manos y colóquese los guantes de procedimiento.
4. Retire las gasas y apósitos de la herida.
5. Retírese los guantes y nuevamente lávese las manos.
6. Colóquese los guantes estériles y que el ayudante le presente el equipo de curación, gasas, apósitos y bisturí.
7. Pincele piel perilesión o circundante a la herida con antiséptico, con un movimiento de arrastre.
8. Luego tome los extremos libres de la sutura con la pinza anatómica traccionando suavemente hacia arriba y corte un cabo por debajo del nudo, cuidando de no dañar la piel.
9. En caso de suturas con ganchos Michel (grapas) use la pinza saca grapas introduciendo su rama más delgada bajo la parte media del gancho. Cierre la pinza como una tijera y desprenda primero un lado y después el otro lado del gancho.
10. Pincele nuevamente la herida con antiséptico después de retirar la suturas o grapas.
11. Proteja la cicatriz con gasa o apósitos y fíjelo con tela adhesiva.
12. Deje cómodo al usuario.
13. Retire el material y envíelo para su procesamiento.
14. Retírese los guantes y lávese las manos.
15. Registre en hoja de enfermería: características de herida, si presenta exudado, dehiscencia, etc, hora y fecha de procedimiento.

NOTA: Si al retirar la sutura o grapas los bordes de la herida tienden a desunirse se pueden afrontar con cinta adhesiva o Steril strip, directamente sobre la herida con el fin de mantener los bordes afrontados y luego pincele nuevamente la herida.

EXAMENES MAS FRECUENTES

NOMBRE DE EXAMEN	VALOR DE REFERENCIA
<i>Acido úrico</i>	HOMBRE: 3,5 - 7,2 mg/dl MUJER : 2,6 – 6,0 mg/dl
<i>Acido Lactico</i>	4,5 a 19.8
<i>Albumina (Albuminemia)</i>	3,5 - 5 grs/dl
<i>Amilasa (Amilasemia)</i>	25- 125 U/Lt.
<i>Antiestreptolisina O (ASO)</i>	Hasta 200 U
<i>Antígeno Prostático Específico (PSA)</i>	0,0 - 4,0
<i>Baciloscopía , Koch (BK)</i>	Negativa.
<i>Bilirrubina total</i>	0,2 – 1,2 mg/dl
<i>Bilirrubina directa</i>	0,01 - 0,3 mg/dl
<i>Bilirrubina indirecta</i>	0,3 - 0,7 mg/dl
<i>Calcio</i>	8,4 - 10,2 mg/dl
<i>Células de Lupus</i>	Negativo
<i>Creatinkinasa total (CK-TOTAL)</i>	HOMBRE: 35 -232 U/l MUJER : 29 - 168 U/l
<i>Creatinkinasa Miocárdica (CK-MB)</i>	0 - 6 U/l (HASTA 25U/l)
<i>Colesterol total</i>	DESEABLE < 200 mg/dl LIMITE ALTO 200 – 239 mg/dl ALTO ≥ 240 mg/dl
<i>Colesterol HDL</i>	BAJO <40 mg/dl ALTO ≥ 60 mg/dl
<i>Colesterol LDL</i>	50 - 160 mg/dl
<i>Coprocultivo</i>	Negativo
<i>Creatinina (creatinemia)</i>	HOMBRE: 0,8 - 1,3 mg/dl MUJER : 0,6 – 1,1 mg/dl
<i>Creatinina en orina de 24 horas (creatinuria)</i>	HOMBRE: 0,6 - 2,5 grs/24h. MUJER : 0,6 – 1,5 grs/24h.
<i>Clearence de creatinina</i>	HOMBRE: 97 a 137 ml/min MUJER : 88 a 128 ml/min
<i>Deshidrogenasa lactica /LDH</i>	100 - 190
<i>Electrolitos plasmáticos</i>	Sodio: 132 - 146 mEq/l Potasio: 3,7 - 5,4 mEq/l Cloro: 94 - 110 mEq/l
<i>Electrolitos urinarios</i>	Sodio: 40 a 220 mEq/24 h (varía según dieta) Potasio: 25 - 125 mEq/24 h Cloro: 110 - 250 mEq/l
<i>Factor Reumatoideo</i>	< 20 UI/ml
<i>Fosfatasa alcalina</i>	40 – 150 U/l

Fósforo	2,3 - 4,7 mg/dl
Gases arteriales	pH arterial: 7,35 - 7,45 mmol/l pH venoso: 7,31 - 7,44 mmol/l HCO₃: 22 - 26 mmol/l CO₂ total arterial: 19 - 24 mmol/l CO ₂ total venoso: 22 - 26 mmol/l PaCO₂ arterial: 35 - 45 mmHg PaCO ₂ venoso: 41 - 52 mmHg PaO₂: 75 - 100 mmHg Saturación de O₂: 94 - 100 %
Glucosa	70 - 110 mg/dl
Hemocultivo	Negativo
Hemograma	GR: HOMBRE: 4,5 - 6,3 x mm ³ MUJER : 4,2 - 5,4 x mm ³ GB: HOMBRE: 4 - 10 x mm ³ MUJER : 4 - 10 x mm ³ HCTO: HOMBRE: 42 - 52 % MUJER : 37 - 47 % HGB: HOMBRE: 14 - 18 grs/dl MUJER : 12 - 16 grs/dl PLT: 140.000 - 400.000 x mm ³
Hepatitis A, B y C	Negativo
Hormona Estimulante de la Tiroides (TSH)	0,46 – 4,67 uUI/ml
Insulina	BASAL: menos de 25 uUI/ml 120 minutos: menos de 60 uUI/ml
Leucocitos fecales	Negativo
Líquido Pleural (LP)	ASPECTO: transparente COLOR : amarillo RIVALTA: negativo GLUCOSA: 70 - 110 mg/dl PROTEINAS: 10 - 20 grs/lt ADA : 4 - 44 U/lt RCTO. CELULAR: < a 200 x mm ³ FORMULA: predom. Linfocitos.
Líquido cefalorraquídeo (LCR), cultivo	Negativo
Líquido cefalorraquídeo, citoquímico	ASPECTO: límpido COLOR : incoloro RETICULO: ausente PANDY : negativo GLUCOSA: 50 a 80 mg/dl PROTEINAS: < 0,3 grs/ lt ADA : 0 - 8 U/lt RCTO. CELULAR: < 3 leuc. x mm ³ KOCH : negativo GRAM : negativo

<i>Nitrógeno ureico</i>	Sangre: 9,8 – 20,1 mg/dl (3,7 - 18,69 mg/dl) Orina (24h): 7 - 14 grs/24 h
<i>Orina cultivo (Urocultivo)</i>	Negativo
<i>Orina completa</i>	Análisis químico: ASPECTO: límpido COLOR : amarillo DENSIDAD: 1.001 - 1.035 OLOR : sui generis pH : 4,6 - 8,0 PROTEINAS: negativas GLUCOSA: negativa CETONAS: negativa UROBILINOGENO: 0,2 UE/dl BILIRRUBINA: negativa SANGRE: negativa LEUCOCITOS: negativo NITRITOS: negativo Análisis microscópico: ERITROCITOS: 0 - 2 pcm LEUCOCITOS: 0 - 5 pcm CRISTALES: escasos CILINDROS: no se observan BACTERIAS: escasas CELULAS: 3 - 5 pcm
<i>Parasitológico</i>	negativo
<i>Proteína C reactiva (PCR)</i>	0 a 8,2 mg/lt
<i>Proteína sérica (proteinemia)</i>	6,6 - 8,7 g/dl
<i>Proteína orina de 24 horas (proteinuria)</i>	Negativa
<i>Test de Weber (deposiciones, hemorragia oculta)</i>	Negativo
<i>Tiempo de Protrombina</i>	70 - 120%
<i>TTPK</i>	23,5 – 34,4 seg.
<i>Rotavirus</i>	Negativo
<i>Tiroxina total (T₄)</i>	0,7 - 12,0 ug/dl
<i>Triyodotironina total (T₃)</i>	0,51 - 1,65 ug/ml
<i>Transaminasa (GOT)</i>	0 - 55 U/l
<i>Transaminasa (GPT)</i>	30 - 65 U/l
<i>Trigliceridos</i>	Hasta 150 mg/dl
<i>Uremia</i>	8 - 40 mg/dl
<i>Urea de orina de 24 horas</i>	14 - 28 mg/dl
<i>VDRL</i>	No reactivo
<i>VIH (Test de Elisa)</i>	Negativo
<i>Velocidad de sedimentación</i>	HOMBRES hasta 15mm/hr MUJERES hasta 20 mm/hr

TERMINOLOGIAS MEDICAS.

Adentado	: sin dientes.
Anorexia	: falta o pérdida del apetito por la comida.
Anoxia	: disminución anormal del oxígeno en los tejidos.
Antisepsia	: prevención de la sepsis (infección) que inhibe el crecimiento de microorganismos.
Anuria	: falta total de secreción de orina.
Apnea	: periodo de falta de respiración.
Ascitis	: acumulación anormal de líquido en la cavidad peritoneal.
Asepsia	: ausencia de infección.
Atelectasia	: expansión incompleta de los pulmones al nacer o colapso del pulmón en el adulto.
Auscultación	: examen en que se escuchan los sonidos del cuerpo a través de un instrumento llamado estetoscopio o fonendoscopio.
Bacteriuria	: presencia de bacterias en la orina.
Bradycardia	: latido cardiaco lento, que se manifiesta por un pulso inferior a 60 lpm.
Bradipnea	: disminución anormal de la respiración.
Cianosis	: coloración anormal, azulosa o lívida, de la piel y mucosas, provocada por la hemoglobina no saturada en los capilares, es decir, por una mala oxigenación de la sangre por falla pulmonar o cardiaca, se manifiesta generalmente en los labios y extremos de los dedos de manos y pies.
Cistitis	: inflamación de la vejiga urinaria.
Colostomía	: abertura quirúrgica entre el colon y la superficie del cuerpo.
Coma	: estado de inconciencia del cual no es posible despertar.
Conciencia	: estado de alerta, vigilia y conocimiento.
Debilidad	: que carece de fuerza.
Dehiscencia	: abertura de una herida.
Deshidratación:	pérdida del agua del cuerpo o los tejidos.
Desinfección	: destrucción de microorganismos que producen enfermedades.
Diaforesis	: sudoración profusa.
Diplopía	: visión doble.
Disartria	: dificultad para articular palabras.
Disfagia	: dificultad para deglutir.
Disfasia	: dificultad para hablar:
Disnea	: dificultad para respirar.
Dispepsia	: indigestión.
Disuria	: dificultad para orinar y/o dolor o escozor durante la micción.
Edema	: presencia excesiva de líquido en los espacios extracelulares.
Emesis	: acción de vomitar.
Empiema	: presencia de pus en la cavidad pleural.
Enfisema	: atrapamiento de aire en los alvéolos sin la posibilidad de salir. Presencia de aire en el tejido subcutánea.
Enuresis	: incontinencia urinaria durante la noche.
Epigastralgia	: dolor en la zona del epigastrio.
Epistaxis	: sangramiento o hemorragia nasal.
Equimosis	: extravasación de sangre hacia los tejidos, caracterizada por el color purpúreo que adquiere la piel.
Eritema	: enrojecimiento de la piel por congestión de los capilares.

Espasmo	: contracción involuntaria de un músculo o un grupo de ellos.
Estertores	: ruido anormal que se escucha en los tubos bronquiales durante la respiración.
Estridor laríngeo:	ruido áspero, de tono agudo que acompaña a la inspiración, causado por la obstrucción de las vías respiratorias altas.
Estupor	: inconciencia parcial o casi completa.
Eupnea	: respiración normal, regular y sin esfuerzo.
Flebitis	: inflamación de las venas.
Glucosuria	: presencia de glucosa en la orina.
Halitosis	: mal olor del aliento.
Hematemesis	: vómitos de sangre.
Hematoma	: tumoración que contiene coágulos de sangre.
Hematuria	: eliminación de sangre por la orina.
Hemiplejia	: pérdida de las funciones motoras de un lado del cuerpo.
Hemoptisis	: eliminación de sangre a través del esputo.
Hemorragia	: salida de una gran cantidad de sangre de los vasos sanguíneos por el rompimiento de estos.
Hemotórax	: acumulación de sangre en la cavidad pleural.
Hipercalcemia	: exceso de calcio en la sangre.
Hiperglicemia	: exceso de glucosa en la sangre.
Hipernatremia	: exceso de sodio en la sangre.
Hipercalemia	: exceso de potasio en la sangre.
Hipocalcemia	: disminución del calcio en la sangre.
Hipoglicemia	: disminución de la glucosa en la sangre.
Hiponatremia	: disminución del sodio en la sangre.
Hipocalemia	: disminución del potasio en la sangre.
Hipoxemia	: reducción del oxígeno en la sangre.
Hipoxia	: disminución del oxígeno en los tejidos.
Ictericia	: trastorno hepático en el que se depositan pigmentos biliares en la piel, mucosas y escleras, la persona adquiere una coloración amarillenta.
Neumotórax	: acumulación de aire en la cavidad pleural.
Nicturia	: micción excesiva durante la noche.
Oliguria	: disminución de la cantidad de orina en relación a la ingesta de líquido. (< 150 cc/ hora).
Ortopnea	: dificultad para respirar estando acostado.
Petequia	: mancha puntiforme de sangre en la piel o mucosas.
Piuria	: presencia de pus en la orina.
Polidipsia	: sed excesiva.
Polifagia	: apetito excesivo o exagerado.
Polipnea	: aumento anormal de la frecuencia respiratoria.
Poliuria	: aumento anormal de la eliminación de orina en un tiempo determinado.
Prurito	: comezón intensa.
Sibilancia	: respiración dificultosa acompañada por de un sonido musical de tono alto, producido por el paso del aire a gran velocidad a través de una vía aérea estrechada.
Sopor	: sueño profundo.
Taquicardia	: aumento del latido cardiaco por sobre lo normal, 100 lpm.
Taquipnea	: aumento anormal de la frecuencia respiratoria.

Tenesmo	: esfuerzo ineficaz y doloroso al orinar.
Tinnitus	: zumbido en los oídos.
Várices	: dilatación permanente y patológica de las venas.
Vómica	: expectoración de considerable volumen de pus, sangre u otra sustancia procedente de la cavidad torácica.

TERMINOLOGIA UTILIZADA EN IAAS

Agente Infeccioso: un microorganismo que es capaz de producir una infección o una enfermedad infecciosa.

Agente antiséptico: agente o sustancia que previenen, detienen o inhiben el crecimiento de una bacteria sin destruirla.

Agente desinfectante: posee capacidad de destruir y luego eliminar los microorganismos que causan enfermedades.

Agente bacteriostático: son agentes o sustancias que impiden la reproducción de bacterias.

Agente antimicrobiano: sustancia que inhibe el crecimiento y desarrollo de los microorganismos.

Aislamiento: es la ubicación de individuos infectados en áreas especiales y bajo condiciones que eviten la transmisión directa o indirecta del agente infeccioso.

Anaerobio: microbio que puede vivir y desarrollarse sin presencia de oxígeno.

Antibiograma: perfil de resistencia de las cepas microbianas frente a determinadas sustancias antibióticas.

Antibiótico: sustancia que tiene el poder de eliminar microorganismos infecciosos.

Antisepsia: utilización de sustancias químicas destinadas a inhibir o destruir los microorganismos presentes en la piel o tejidos.

Antiséptico: agente químico que inhibe el crecimiento de los microorganismos de piel o tejidos.

Asepsia: ausencia de sepsis o infección por inexistencia de microorganismos patógenos.

Bacteremia: estado caracterizado por la presencia de bacterias en el torrente sanguíneo, sin que implique su crecimiento, incremento o producción de elementos tóxicos.

Bactericida: sustancia que destruye las bacterias. Su acción es irreversible.

Bacteriostático: agente o sustancia que inhibe el crecimiento de las bacterias.

Colonización: es la proliferación de microorganismos en forma mantenida y permanente en un ambiente que normalmente no es su hábitat natural y que no produzca enfermedades.

Contacto: persona expuesta a una enfermedad por encontrarse en la proximidad de un individuo infectado o de material infeccioso.

Contagio: transmisión directa o indirecta de una enfermedad infecciosa de un individuo enfermo a uno sano, a través de la diseminación de microorganismos patógenos.

Contaminación: existencia de microorganismos patógenos sobre la superficie de objetos inanimados, pisos, muros y elementos como el aire, agua y alimentos.

Contaminados: personas u objetos infectados por contacto con agentes infecciosos.

Desinfección: es la eliminación de microorganismos que se encuentran en el ambiente, en objetos inanimados y superficies, por medio de la utilización de agentes químicos o físicos.

Desinfección concurrente: conjunto de medidas que se emplean de rutina en un hospital durante la permanencia del enfermo para la desinfección inmediata de secreciones y excreciones del paciente y la limpieza y desinfección de los objetos de uso personal.

Desinfección terminal: medidas de limpieza y desinfección que se aplican a la unidad del paciente y a todos los objetos que el utilizó. Esto se realiza una vez que el paciente es dado de alta o es trasladado a otra unidad.

Desinfectantes: sustancias químicas que destruyen los microorganismos o inhiben su crecimiento (su acción no es *esporicida*), se aplican en objetos inanimados y sobre superficies.

Detergentes: agentes sintéticos solubles en agua, efectivos para la limpieza de superficies y objetos inanimados.

Diseminación: es el mecanismo de expansión de la infección que genera nuevas víctimas.

Epidemia: aparición brusca de una enfermedad infectocontagiosa de amplia diseminación en una población y permanece durante algún tiempo y afectando a un gran número de personas, desapareciendo en forma brusca o lentamente.

Epidemiología: ciencia que estudia la etiología, transmisión, incidencia y prevalencia de las enfermedades infectocontagiosas y las medidas preventivas y curativas que se aplican a su control.

Esterilización: es la destrucción o eliminación de todas las formas de vida de los microorganismos, incluyendo las esporas, a través de procesos químicos, físicos o

gaseosos.

Flora microbiana normal: el cuerpo humano hospeda normalmente en la piel y mucosas una gran variedad de microorganismos que residen en forma permanente o transitoria manteniendo un equilibrio entre la virulencia del microorganismo y la resistencia del huésped, cuando se rompe este equilibrio se produce la infección.

Flora residente: microorganismos que se encuentran permanentemente en un mismo sitio, y si se le trastorna se restablecen espontáneamente y con rapidez.

Flora transitoria: microorganismos hospedados en piel y mucosas durante horas, días o semanas, provienen del ambiente, no producen enfermedad y no se restablecen por sí mismos.

Huésped: cualquier animal o vegetal que a costa de él vive otro ser en calidad de parásito.

Higiene: parte de la ciencia médica que estudia las medidas más efectivas para mantener, proteger y promover la salud individual y colectiva.

Incidencia: Tasa de: se denomina la razón entre el número de casos de una enfermedad específica, diagnosticados o notificados, en el curso de un determinado período y el número de personas en la población en que ocurre.

Incubación: es el período que media en una enfermedad infecciosa entre el momento que el microorganismo patógeno penetra en un organismo sano y el momento en que se presentan los primeros síntomas de la enfermedad.

Infección: es la penetración de microorganismos patógenos en el cuerpo humano, a diferencia de enfermedad infecciosa que es el estado infeccioso consecutivo al desarrollo de los microorganismos penetrados durante la infección.

Infección Intrahospitalaria: es una infección adquirida por un individuo durante la permanencia en un recinto hospitalario, la cual, no la padecía ni la estaba incubando al momento de la hospitalización, se deben incluir a aquellas infecciones que se presentan después que el enfermo fue dado de alta. Se habla de IIH cuando los signos, síntomas y cultivos positivos se presentan después de 48-72 horas del ingreso.

Limpieza: es la eliminación por medio del fregado y lavado con agua caliente, jabón o un detergente o mediante el empleo de medios mecánicos de agentes infecciosos o materias orgánicas de los objetos o superficies en las cuales éstos pueden encontrar condiciones favorables para sobrevivir o multiplicarse.

Patogenicidad: es la capacidad de los microorganismos para producir enfermedad o provocar lesiones progresivas.

Portador: es una persona o animal infectada que alberga un agente infeccioso específico de una enfermedad, sin presentar síntomas clínicos de ésta y que constituye una fuente potencial de infección para el hombre.

Prevalencia: Tasa de: es un coeficiente que tiene como numerador el número de

personas enfermas en una población específica y en determinado momento, sin tener en cuenta cuando comenzó la enfermedad, y como denominador el número de personas en la población donde se presentaron los casos.

Septicemia: infección generalizada provocada por la penetración y multiplicación en la sangre de microorganismos patógenos introducidos en la circulación a través de una puerta de entrada o foco infeccioso.

Virulencia: es la capacidad ofensiva morbígena de un microbio o virus para producir un estado de enfermedad infecciosa en el hombre o los animales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blanca Vial Larraín, Ingrid Soto Pino, Marta Figueroa Ramírez; “Procedimientos de Enfermería Medicoquirúrgica”, Segunda Edición, Editorial Mediterráneo, año 2007.
2. LEXUS Editores; “Manual de Enfermería”, Editorial Lexus, año 2009.
3. Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry; “Fundamentos de Enfermería”, Quinta Edición, Editorial Harcourt/ Océano, año 2003.