



CIUDAD DE MÉXICO



## GACETA OFICIAL DISTRITO FEDERAL

Órgano de Difusión del Gobierno del Distrito Federal

DÉCIMA OCTAVA ÉPOCA

24 DE JULIO DE 2015

No. 140

### Í N D I C E

#### ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL

##### Secretaría de Finanzas

- ◆ Aviso por el que se dan a conocer las Tasas de Recargos Vigentes durante el mes de agosto de 2015 4

##### Secretaría de Salud

- ◆ Aviso por el que se dan a conocer las Técnicas Generales de Enfermería 5
- ◆ Aviso por el cual se dan a conocer las Técnicas de Enfermería en el Servicio de Oncología Pediátrica 92
- ◆ Aviso por el cual se dan a conocer las Técnicas de Enfermería en el Servicio de Ortopedia 148
- ◆ Aviso por el cual se dan a conocer las Técnicas del Servicio de Inhaloterapia 179

##### Coordinación General de Modernización Administrativa

- ◆ Aviso por el que se da a conocer el Listado de Trámites que presta el Sistema de Aguas de la Ciudad de México, que han obtenido la Constancia de Inscripción en el Registro Electrónico de los Trámites y Servicios del Manual de Trámites y Servicios al Público del Distrito Federal 196

##### Universidad Autónoma de la Ciudad de México

- ◆ Acuerdo por el que se crea el Sistema de Datos Personales del Proyecto denominado Perfil del Estudiante de Nuevo Ingreso 198

Continúa en la Pág. 2

## Índice

Viene de la Pág. 1

### CONVOCATORIAS DE LICITACIÓN Y FALLOS

- ◆ **Delegación Venustiano Carranza.-** Licitación Pública Nacional Número 30001030-008-2015.- Convocatoria No. 07/2015.- Camión recolector ecológico dual para basura carga trasera 21 Yds<sup>3</sup> con capacidad efectiva sin contar tolvas y discos eyectores de 21 Yds<sup>3</sup> (16.00 M<sup>3</sup>), con doble compartimiento para basura orgánica 30% e inorgánica 70% y doble tolva trasera modelo 2015 201

### SECCIÓN DE AVISOS

- ◆ Progresemos del Centro de Veracruz, S.A. de C.V. 203
- ◆ Inmobiliaria EAL, S.A. de C.V. 204
- ◆ Verithin, S.A. de C.V. 204
- ◆ Desarrolladora Levante, S.A. de C.V. 204
- ◆ **Edictos** 205
- ◆ Aviso 210

**CDMX**  
CIUDAD DE MÉXICO



**GACETA OFICIAL  
DISTRITO FEDERAL**

**CDMX**  
CIUDAD DE MÉXICO



**GACETA OFICIAL  
DISTRITO FEDERAL**

## SECRETARÍA DE SALUD

**DR. JOSÉ ARMANDO AHUED ORTEGA**, Secretario de Salud, con fundamento en el artículo 29 fracción XIX, 16 fracción IV de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal, 24 fracción XX de la Ley de Salud del Distrito Federal, 11 de la Ley de Procedimiento Administrativo del Distrito Federal, 26 fracciones V y VIII y 67 fracciones VI, XIV y XXI del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal emito el siguiente:

### AVISO POR EL QUE SE DAN A CONOCER LAS TÉCNICAS GENERALES DE ENFERMERÍA

#### ÍNDICE

#### 1. INTRODUCCIÓN

#### 2. MARCO JURÍDICO DE ACTUACIÓN

#### 3. OBJETIVO DEL DOCUMENTO

#### 4. TÉCNICAS DE ENFERMERÍA

4.1 Baño de Esponja.

4.2 Baño de Artesa o Regadera Modificado.

4.3 Lavado de Manos.

4.4 Aseo Bucal.

4.5 Aseo Nasal.

4.6 Aseo Ótico.

4.7 Aseo Vulvar.

4.8 Pediluvios.

4.9 Sediluvio (Baño de Asiento).

4.10 Baño Emoliente.

4.11 Sujeción con Brazaletes.

4.12 Prevención de Ulceras de Decúbito.

4.13 Medición de la Temperatura Oral.

4.14 Medición de la Temperatura Axilar o Inguinal.

4.15 Medición de la Temperatura Rectal.

4.16 Medición de la Frecuencia del Pulso.

4.17 Medición de la Frecuencia Respiratoria.

4.18 Medición de la Presión Arterial.

4.19 Medición de la Frecuencia Cardiaca.

- 4.20 Somatometría.
- 4.21 Traslado del Derechohabiente o Usuario.
- 4.22 Recolección de Muestras para Realizar Exámenes de Laboratorio.
  - 4.22.1 Muestra de Espujo.
  - 4.22.2 Muestra de Orina.
  - 4.22.3 Muestra de Heces.
- 4.23 Administración de Medicamentos.
- 4.24 Administración de Medicamentos por Vía Oral.
- 4.25 Administración de Medicamentos por Vía Subcutánea.
- 4.26 Administración de Medicamentos por Vía Intravenosa.
- 4.27 Administración de Medicamentos por Venocclisis.
- 4.28 Administración de Medicamentos por Vía Intramuscular.
- 4.29 Administración de Medicamentos por Vía Ocular.
- 4.30 Administración de Medicamentos por Vía Ótica.
- 4.31 Administración de Medicamentos por Vía Nasal.
- 4.32 Aplicación de Frío como Agente Terapéutico.
- 4.33 Aplicación de Calor como Agente Terapéutico.
- 4.34 Colocación del Cómodo.
- 4.35 Colocación del Orinal.
- 4.36 Atención de la Náusea y el Vómito.
- 4.37 Contención Total de Derechohabientes o Usuarios.

## **5. ANEXOS**

- 5.1 Unidad del Derechohabiente o Usuario.
- 5.2 Preparación de la Cama del Derechohabiente o Usuario.
- 5.3 Posiciones para el Derechohabiente o Usuario.
- 5.4 Admisión del Derechohabiente o Usuario.
- 5.5 Egreso del Derechohabiente o Usuario.
- 5.6 Preparación para la Realización de la Visita Médica en Hospitalización.

5.7 Control de Medicamentos.

5.8 Glosario de Términos.

## **6. BIBLIOGRAFÍA**

### **1. INTRODUCCIÓN**

La Secretaría de Salud del Distrito Federal, institución a cargo de la prestación de servicios de atención médica a la población abierta del Distrito Federal, ha implementado dentro de su programa de trabajo, la elaboración, actualización e implantación de lineamientos de organización, de normas, técnicas y procedimientos en las unidades hospitalarias, en apego a las políticas de modernización técnico-administrativas dictadas por el Gobierno del Distrito Federal.

El presente documento de Técnicas Generales de Enfermería tiene la finalidad de servir de guía para el adecuado desarrollo de las funciones, actividades y acciones de este tipo de personal en los servicios de consulta externa, hospitalización o urgencias; en apoyo de una eficaz, eficiente y efectiva prestación de servicios de atención médica a la población usuaria.

El documento está dirigido al personal de Enfermería que labora en las unidades hospitalarias; así como a las autoridades para su adecuación e implementación en los centros de trabajo. Éste, como todos los de su género debe estar sujeto a procesos periódicos de revisión y actualización que lo mantenga como documento vigente de consulta.

El presente documento se elabora con fundamento en las atribuciones de la Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial establecidas en el artículo 67 Fracciones VI y XIV del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito y en las funciones de la Dirección de Coordinación y Desarrollo Sectorial descritas en el Manual Administrativo de la Secretaría de Salud.

### **2. MARCO JURÍDICO DE ACTUACIÓN**

#### **CONSTITUCIÓN**

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 05 de febrero de 1917, última reforma 10 de julio de 2015.

#### **ESTATUTO**

- Estatuto de Gobierno del Distrito Federal, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 de julio de 1994, última reforma 27 de junio de 2014.

#### **LEYES**

- Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 31 de diciembre de 1982, última reforma 24 de diciembre de 2013.
- Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de febrero de 1984, última reforma 04 de Junio de 2015.
- Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal, publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 29 de diciembre de 1998, última reforma 29 de enero de 2015.
- Ley que Establece el Derecho al Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos a las Personas Residentes en el Distrito Federal que Carecen de Seguridad Social Laboral, publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 22 de mayo de 2006.
- Ley de Salud del Distrito Federal, publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 17 de septiembre de 2009, última reforma 23 de marzo de 2015.

## REGLAMENTOS

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de mayo de 1986, última reforma 24 de marzo de 2014.
- Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal, publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 28 de diciembre de 2000, última reforma 19 de noviembre de 2014.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 05 de abril de 2004, última reforma 17 de diciembre de 2014.
- Reglamento de la Ley que Establece el Derecho al Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos a las Personas Residentes en el Distrito Federal que Carecen de Seguridad Social Laboral, publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 04 de diciembre de 2006.
- Reglamento de la Ley de Salud del Distrito Federal, publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 07 de julio de 2011.

## DOCUMENTOS NORMATIVO-ADMINISTRATIVOS

- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del Expediente Clínico, Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012.

### 3. OBJETIVO DEL DOCUMENTO

Disponer de un documento que contenga las técnicas generales de enfermería y que sirva de apoyo al personal en la realización de sus funciones y actividades para garantizar la atención eficiente a la salud del derechohabiente o usuario de los diferentes servicios de un hospital.

### 4. TÉCNICAS DE ENFERMERÍA

#### 4.1 Baño de Esponja.

##### Concepto:

Es la limpieza general que se le realiza al derechohabiente o usuario en su cama, cuando no puede o no le está permitido bañarse en regadera o tina.

##### Objetivo:

Lograr el bienestar y comodidad del derechohabiente o usuario eliminando las células muertas, secreciones y sudor, favoreciendo la función circulatoria por medio de la movilización y el masaje.

##### Principios:

- El jabón saponifica las grasas.
- La estimulación mecánica favorece la circulación sanguínea.

##### Material y Equipo:

- Dos recipientes uno con agua caliente y agua fría.
- Lavamanos y/o lebrillo.

- Recipiente para agua sucia.
- Jabonera y jabón.
- Dos toallas grandes.
- Dos toallas faciales y/o compresas grandes.
- Torundas de algodón.
- Camisón y/o pijama.
- Aplicadores de madera.
- Ropa de cama.
- Talco, loción.
- Tánico para ropa sucia.

**Técnica:**

- Prepara el equipo y traslada a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Limpia mesa de noche y retira los utensilios personales para colocar material para el baño.
- Cierra puertas, ventanas y coloca biombo si es necesario.
- Explica el procedimiento y ofrece cómodo y/u orinal.
- Afloja ropa de cama, inicia por la cabecera del lado contrario al que se encuentra el buró y retira la ropa que cubre al derechohabiente o usuario, deja sábana superior para cubrir al derechohabiente o usuario.
- Coloca ropa sucia en tánico.
- Mezcla agua caliente y fría de acuerdo a gusto del derechohabiente o usuario.
- Coloca al derechohabiente o usuario en posición decúbito dorsal y acerca la cabecera sobre el borde proximal superior de la cama.
- Coloca una toalla sobre el tórax del derechohabiente o usuario e introduce cojín de Kelly por debajo de los hombros. Si no hay cojín improvisa con una toalla y/o sábana, de preferencia ahulada, cuyo borde superior se enrolla hacia adentro y el borde inferior se introduce en la cubeta, que está colocada sobre una silla o banco de altura.
- Indica al derechohabiente o usuario que coloque su cabeza sobre el cojín para evitar escurrimientos.
- Protege los conductos auditivos externos con torundas.
- Vierte agua de la jarra sobre el cabello aplicando jabón o shampoo, friccionando con las yemas de los dedos la piel cabelluda y cabello, enjuagando con abundante agua, cuantas veces sea necesario, dejando que el agua escurra por gravedad.
- Retira las torundas y envuelve el cabello con una toalla, eleva la cabeza del derechohabiente o usuario y retira el cojín colocándolo en la cubeta donde escurrió el agua.



- Afeita la cara si es necesario.
- Coloca toalla facial sobre el tórax y aseas ojos, narinas y oídos con hisopos.
- Lava y enjuaga la cara con un paño húmedo, inicia por la frente, nariz, mejillas, mentón, cuello y pabellón auricular, primeramente del oído distal y luego del proximal. Seca la cara con la toalla facial y aplica crema o loción.
- Coloca la toalla afelpada debajo del brazo distal, lava, enjuaga y seca con movimientos rotatorios la extremidad superior distal, inicia con la mano hasta terminar en la axila. De preferencia el aseo de manos se realiza dentro del lavamanos o lebrillo, enjuaga al chorro de agua.
- Limpia los espacios subungueales y corta las uñas si es necesario.
- Lava, enjuaga y seca la parte anterior del tórax y abdomen, cubre con una toalla y aseas con hisopos la cicatriz umbilical. Coloca camisón limpio sobre el tórax y abdomen.
- Lava el brazo proximal en igual forma que en el distal y termina de colocar el camisón sin atarlo por detrás.
- Lubrica y desodoriza la región aseada.
- Coloca la toalla por debajo de las extremidades inferiores para asearlas, inicia por la distal, pide al derechohabiente o usuario que flexione la rodilla para lavar, enjuagar y secar muslos y piernas.
- Coloca lavamanos con agua por debajo de las extremidades inferiores e introduce los pies del derechohabiente o usuario para su aseo, sostiene el pie del talón y enjuaga al chorro de agua, seca y cubre con toalla simultáneamente al retiro del lavamanos o lebrillo.
- Secar los pies haciendo ligera presión.
- Seca los espacios interdigitales y corta las uñas si es necesario.
- Da masaje en los pies siguiendo el sentido de la circulación venosa.
- Si las condiciones del derechohabiente o usuario lo permiten, proporciona a varones apósito para que éste realice aseo de genitales; en caso de mujeres da posición ginecológica y coloca cómodo para que ella efectúe aseo, cubriéndole con sábana clínica. Una vez efectuada esta maniobra se lava las manos.
- Coloca gasa o apósito en pliegues inguinales en derechohabiente o usuarios femeninas, se pone guantes y realiza limpieza de vulva con pinza, torunda, jabón líquido y agua a temperatura corporal con movimientos de arriba abajo y del centro a la periferia. Continúa con labios menores y vestíbulo perianal y por último región anal con movimientos circulares enjuaga cuantas veces sea necesario.
- Seca genitales en el mismo orden que se aseó y retira sábana clínica o “móvil”.
- Coloca al derechohabiente o usuario en decúbito lateral contrario al que se esté trabajando, coloca una toalla sobre la cama al nivel de la espalda y región glútea. Asea la parte posterior de cuello, espalda y región glútea.
- Seca perfectamente la piel y da masaje con loción, talco, parte del centro de la columna vertebral a hombros y de la región coccígea hacia los glúteos.
- Sujeta el camisón o coloca saco de pijama.
- Coloca apósito, pantaleta o pantalón de pijama, según el caso y deja cómodo al derechohabiente o usuario.

- Procede al tendido de cama con derechohabiente o usuario.
- Peina y termina su arreglo personal en el caso de que el derechohabiente o usuario no pueda hacerlo.
- Retira el equipo y lo mantiene limpio y en orden.
- Efectúa anotaciones sobre las observaciones hechas, reacciones del derechohabiente o usuario en formato correspondiente de enfermería.

**Medidas de Control y Seguridad:**

- Evitar corrientes de aire que pueden ocasionar alteraciones respiratorias.
- Mantener en orden las cosas para evitar tiempos perdidos, gasto de energía y enfriamiento al derechohabiente o usuario, ya que la exposición prolongada al frío produce vasoconstricción periférica importante.
- Evitar sacudir la ropa sucia ya que se esparcen microorganismos patógenos por el aire.
- Secar perfectamente la piel principalmente en pliegues para prevenir grietas en la piel.

**4.2 Baño de Artesa o Regadera Modificado.****Concepto:**

Es la limpieza general del cuerpo con jabón y agua caliente.

**Objetivo:**

Favorecer la apariencia exterior permitiendo a la piel sus funciones protectoras con la eliminación de las células muertas, secreciones y sudor, así como reanimar el estado emotivo del derechohabiente o usuario.

**Principios:**

- Las medidas higiénicas contribuyen a la comodidad y descanso.
- Una exposición prolongada al frío causa vasoconstricción periférica importante.

**Material y Equipo:**

- Jabonera y jabón.
- Toalla.
- Camisón y/o pijama.

**Técnica:**

- Explica el procedimiento al derechohabiente o usuario y traslada envuelto en sábana limpia al cuarto de baño.
- Lleva el material al cuarto de baño, coloca tapete en el piso y sobre éste la silla.
- Abre las llaves del agua fría y caliente para regular el flujo y temperatura al agrado del derechohabiente o usuario.
- Ayuda al derechohabiente o usuario a desvestirse y sentarse en la silla, en caso de que se requiera.

- Permanece cerca del baño para prestar ayuda al derechohabiente o usuario en caso necesario.
- En caso de no poder hacerlo solo, enjabona, enjuaga y seca el cuerpo del cuello a pies teniendo cuidado con la limpieza de pliegues naturales.
- Ayuda al derechohabiente o usuario al terminar el de bañarse, a vestirse y lubrica la piel, traslada a su unidad.
- Retira el equipo y deja limpio y en orden.
- Efectúa anotaciones sobre las observaciones hechas, reacciones del derechohabiente o usuario en formato correspondiente de enfermería.

**Medidas de Control y Seguridad:**

- Cuando un derechohabiente o usuario se está recuperando nunca hay que dejarlo solo en el cuarto de baño.
- Verificar la temperatura del agua ya que el agua caliente relaja los músculos favoreciendo la lipotimia y puede sufrir traumatismo o complicaciones que pueden repercutir en el estado de salud.

**4.3 Lavado de Manos.****Concepto:**

Son las maniobras que se realizan para mantener limpias las manos.

**Objetivo:**

Mantener la piel sana e íntegra, protegida contra lesiones producidas por sequedad, humedad excesiva, calor, frío, sustancias químicas y traumatismo.

**Principios:**

- La piel y mucosas son las primeras líneas de defensa contra agentes patógenos.
- Las prácticas higiénicas varían según las clases socioeconómicas.
- La salud de la piel depende en gran parte de una ingesta adecuada de líquidos.

**Equipo y Materiales:**

- Lavamanos.
- Recipiente con agua fría y caliente.
- Jabón líquido.
- Toalla.
- Crema lubricante.
- Cortaúñas.
- Hisopo.

**Técnica:**

- Extiende la toalla sobre la cama y a un lado del derechohabiente o usuario, coloca sobre ella lavamanos, jabonera y el jabón.
- Moviliza al derechohabiente o usuario en posición de decúbito lateral y arremanga el camisón.
- Introduce las manos del derechohabiente o usuario en el lavamanos con agua tibia, de acuerdo a gusto del mismo, jabona, lava y frota con firmeza sin lesionar la piel y enjuaga.
- Retira el lavamanos, la jabonera, el jabón y con la toalla seca las manos.
- Acomoda al derechohabiente o usuario en la posición libremente escogida por él.
- Lubrica la piel.
- Retira el equipo y lo deja limpio y en orden.
- Efectúa anotaciones sobre las observaciones hechas, reacciones del derechohabiente o usuario en formato correspondiente de enfermería.

**Medidas de Control y Seguridad:**

- Verificar la temperatura del agua para evitar quemaduras.

**4.4 Aseo Bucal.****Concepto:**

En la limpieza de dientes, espacios interdentes y estructuras blandas de la boca.

**Objetivo:**

Promover sensación de limpieza y bienestar físico y estimular la circulación en el tejido gingival removiendo detritus y placa dentobacteriana.

**Principio:**

- La flora bucal tiene efecto benéfico al participar en la nutrición a través de síntesis vitamínica y digestión de ciertas sustancias nutritivas, además de ofrecer inmunidad frente a diversos agentes infecciosos.
- La caries es una enfermedad infecciosa causada por invasión de microorganismos patógenos y la adherencia de placa dentobacteriana en la superficie dental, produciendo una acción descalcificante con la consecuente destrucción y formación de cavidades.

**Equipo y Materiales:**

- Cepillo dental.
- Dentífrico.
- Hilo dental.
- Enjuague bucal.
- Agentes reveladores de placa dentobacteriana.

- Bandeja con agua.
- Riñón y vaso.

**Técnica:**

- Prepara el equipo.
- Explica al derechohabiente o usuario los efectos de la flora bucal y la importancia del aseo correspondiente.
- Coloca al derechohabiente o usuario en posición fowler o semifowler.
- Coloca toalla debajo de la barba y sobre los hombros.
- Enjuaga boca y revisa condiciones de cavidad oral.
- Limpia con seda o hilo dental los espacios interdentes (30 a 40 cm de hilo enredado en los dedos índices de cada mano).
- Ofrece cepillo con dentífrico.
- Cepilla la cavidad oral según forma y distribución de dientes.
- Gira cepillo sistemáticamente ejerciendo ligera presión sobre la superficie dental externa a partir del margen de la encía.
- En igual forma, cepilla superficie interna.
- Cepilla en forma rotatoria las superficies masticatorias de los molares.
- Cepilla con movimientos vibratorios los espacios interdentes.
- Cepilla la superficie lingual superior.
- Enjuaga la boca las veces que sea necesario y aplicar un enjuague bucal.
- Confirma presencia de placa dentobacteriana.
- Proporciona toalla para secarse los labios.
- Retira el equipo y lo deja limpio y en orden.
- Efectúa anotaciones sobre las observaciones hechas, reacciones del derechohabiente o usuario en formato correspondiente de enfermería.

**Medidas de Control y Seguridad:**

- En el tiempo que no se use la prótesis removible, dejarla en agua con un limpiador bactericida que elimine el sarro, evite halitosis, elimine manchas y ofrezca un sabor refrescante.
- La atención bucal en derechohabiente o usuarios inconscientes, exige de rotación de cabeza, uso de hisopos para separar las mejillas y labios, equipo de aspiración si es necesario y de pequeñas cantidades de agua bicarbonatada.
- Evitar golpear la prótesis dental.

#### 4.5 Aseo Nasal.

**Concepto:**

Son las maniobras que se realizan para mantener limpia la cavidad nasal.

**Objetivo:**

Mantener la permeabilidad de la nariz evitando la acumulación de secreciones.

**Principio:**

Existen muchos vasos superficiales en las narinas que ayudan a calentar el aire, y el moco producido por la mucosa que reviste las cavidades nasales y lo humidifica.

**Material y Equipo:**

- Hisopos.
- Agua tibia.
- Solución fisiológica.
- Equipo de aspiración.

**Técnica:**

- Prepara el material y equipo y lleva a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Explica al derechohabiente o usuario la importancia del aseo correspondiente.
- Coloca al derechohabiente o usuario en posición fowler o semifowler.
- Introduce en la narina hisopo húmedo y efectúa movimientos rotatorios cuantas veces sea necesario hasta lograr el aseo total de la misma y repite el procedimiento cuantas veces sea necesario.
- Instala solución salina hasta modificar la consistencia de las secreciones endurecidas y, si es necesario, aspira.
- Repite el procedimiento en la narina contralateral.
- Retira el equipo y lo deja limpio y en orden.
- Efectúa anotaciones sobre las observaciones hechas, reacciones del derechohabiente o usuario en formato correspondiente de enfermería.

**Medidas de Control y Seguridad:**

- Evitar apoyarse con fuerza en los cornetes para evitar sangrado.
- No introducir demasiado el hisopo para evitar lesiones.

#### 4.6 Aseo Ótico.

**Concepto:**

Son las maniobras que se realizan para mantener limpio el conducto auditivo externo.

**Objetivo:**

Mantener la permeabilidad del conducto auditivo externo evitando la acumulación de cerumen.

**Principios:**

- El conducto auditivo externo del adulto tiene forma sigmoide y mide aproximadamente 3.5 cm de longitud. Este conducto termina en la flexible membrana timpánica.
- En el niño, el conducto auditivo externo es casi recto.

**Material y Equipo:**

- Hisopos.
- Torundas.
- Agua tibia.
- Solución fisiológica.

**Técnica:**

- Prepara el material y equipo lleva a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Explica al derechohabiente o usuario la importancia de aseo correspondiente.
- Coloca en posición fowler o semifowler.
- Introduce hisopos húmedos tibios al oído externo con movimientos suaves hasta eliminar la secreción existente.
- Asea el pabellón auricular con torundas húmedas y tibias.
- En caso de tener tapón ceruminoso, y si no hay contraindicación médica, reblandece instilando gotas de agua oxigenada o glicerina a temperatura corporal.
- Retira el equipo y lo deja limpio y en orden.
- Efectúa anotaciones sobre las observaciones hechas, reacciones del derechohabiente o usuario en forma correspondiente de enfermería.

**Medidas de Control y Seguridad:**

- Evitar apoyarse con fuerza para evitar lacerar el conducto auditivo.
- No introducir demasiado el hisopo para evitar lesiones al tímpano.

**4.7 Aseo Vulvar.**

**Concepto:**

Son las maniobras de limpieza que se efectúan en los genitales femeninos.

**Objetivo:**

Lograr bienestar y comodidad al derechohabiente o usuario evitando malos olores.

**Principios:**

- La humedad favorece la proliferación de microorganismos.
- El revestimiento epitelial de la vagina está lubricado por moco y se acidifica mediante la fermentación de la flora vaginal normal.
- Las terminaciones nerviosas se hacen más sensitivas cuando aumenta el calor.
- Las mucosas sanas e intactas son impermeables a varios microorganismos.

**Material y Equipo:**

- Recipiente con agua caliente y fría.
- Cómodo.
- Sábana “móvil” y/o clínica.
- Gasas, apósitos.
- Pinzas de anillos.
- Jabón líquido.
- Ropa de cama.
- Guantes desechables.
- Biombo.
- Hule clínico.

**Técnica:**

- Prepara el material y equipo y lleva a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Explica la importancia del aseo correspondiente.
- Cierra puertas, ventanas y biombo.
- Coloca en posición ginecológica tapa con sábana móvil para respetar la individualidad.
- Pone cómodo y hule clínico para evitar humedecer ropa de cama.
- Coloca gasa o apósito en pliegues inguinales, calza guantes y realiza limpieza de vulva con pinza, torunda, jabón líquido y agua a temperatura corporal con movimientos de arriba abajo y del centro a la periferia.
- Continúa con labios menores y vestíbulo perianal y por último, la región anal con movimientos circulares, enjuaga cuantas veces sea necesario.



- Seca genitales en el mismo orden que se aseó y retira sábana clínica o “móvil”.
- Coloca a derechohabiente o usuario en decúbito lateral contrario al que se esté trabajando, retira cómodo y hule.
- Si es necesario efectúa cambio de ropa de cama.
- Deja a la derechohabiente o usuario en posición libremente escogida.
- Retira el equipo y lo deja limpio y en orden.
- Efectúa anotaciones sobre las observaciones hechas, reacciones del derechohabiente o usuario en formato correspondiente de enfermería.

**Medidas de Control y Seguridad:**

- Verificar la temperatura del agua para evitar sensaciones desagradables y/o quemaduras.
- Secar perfectamente la piel principalmente en pliegues para prevenir grietas en la piel.

**4.8 Pediluvios.****Concepto:**

Son las maniobras que se realizan para mantener limpios los pies del derechohabiente o usuario.

**Objetivo:**

Proteger la piel contra lesiones producidas por sequedad, humedad excesiva, calor, frío, sustancias químicas y traumatismo, evitando malos olores.

**Principios:**

- La piel y mucosas son las primeras líneas de defensa contra agentes patógenos.
- Las prácticas higiénicas varían según las clases socioeconómicas.
- La salud de la piel depende en gran parte de una ingesta adecuada de líquidos.

**Material y Equipo:**

- Lavamanos.
- Recipiente con agua fría y caliente.
- Jabón líquido.
- Toalla.
- Crema lubricante.
- Cortauñas.
- Hisopo.

**Técnica:**

- Prepara el material y equipo y lleva a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Explica al derechohabiente o usuario la importancia del aseo correspondiente.
- Coloca en posición fowler o semifowler.
- Coloca lavamanos o cubeta de acuerdo a las condiciones y edad del derechohabiente o usuario.
- Afloja las ropas de cama al nivel de los pies, doblarlas en acordeón sobre sí mismas y hacia arriba hasta las rodillas, dejando los pies descubiertos.
- Levanta las extremidades inferiores del derechohabiente o usuario y coloca sobre la cama, al nivel de éstas un hule protegido con toalla.
- Mezcla el agua en el lavamanos a temperatura indicada.
- Introduce los pies del derechohabiente o usuario en el agua y los lava las veces que sea necesario, siguiendo la dirección del tercio inferior de la pierna a los dedos. Con abundante jabón.
- Enjuaga y seca los pies, dejando éstos envueltos en la toalla hasta en tanto se retira el lavamanos, la jabonera, la esponja y el hule.
- Limpia y corta las uñas si es necesario.
- Lubrica y desodoriza dando masaje, y siguiendo el sentido de la circulación.
- Extiende y arregla las ropas de cama de acuerdo con los procedimientos establecidos, o cambia si es necesario.
- Proporciona comodidad al derechohabiente o usuario dejándolo en posición libremente escogida.
- Cuando este procedimiento se realiza en Derechohabientes o Usuarios ambulatorios, lleva al derechohabiente o usuario al baño, sienta y utiliza una cubeta para efectuar el procedimiento.
- Retira el equipo y lo deja limpio y en orden.
- Efectúa anotaciones sobre las observaciones hechas, reacciones del derechohabiente o usuario en formato correspondiente de enfermería.

#### **Medidas de Control y Seguridad:**

- Verificar la temperatura del agua.
- Respetar la individualidad del derechohabiente o usuario.
- Al cortar las uñas contar con iluminación adecuada y efectuar procedimiento con precaución para no causar lesiones.

#### **4.9 Sediluvio (Baño de Asiento).**

##### **Concepto:**

Es la inmersión del cuerpo desde la parte media del muslo hasta la cresta ilíaca, en agua a temperatura de 37.5 a 46°C.

##### **Objetivo:**

Estimular la formación de tejido nuevo por medio del aumento de riego sanguíneo.

**Principios:**

- El dolor despierta reacciones sensoriales, emocionales y motoras molestas.
- La tolerancia al dolor es la medición de la intensidad máxima que la persona puede soportar.
- La presión directa sobre la parte afectada causa intensidad de dolor.
- La vasodilatación local de las extremidades inferiores disminuye la sangre de la región perineal.

**Material y Equipo:**

- Tina de baño o tina portátil para baño de asiento (palangana grande).
- Recipientes con agua caliente a temperatura indicada.
- Termómetro de baño.
- Plástico para baño de asiento o Cojín de Kelly.
- Toalla.
- Cobertor.

**Técnica:**

- Prepara el material y equipo y lleva a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Explica al derechohabiente o usuario la importancia del aseo correspondiente.
- Cubre con agua caliente la palangana o tina hasta el nivel aproximado de la sexta parte de su volumen o hasta que quede sumergida la cadera del derechohabiente o usuario.
- Indica al derechohabiente o usuario se siente en el hule clínico o de Kelly colocado alrededor de la palangana para aliviar la presión.
- Deja por espacio de 15 a 20 minutos, verificando constantemente la temperatura del agua.
- Al concluir el tiempo indicado, ayuda al derechohabiente o usuario a levantarse, secar la zona glútea, lubricar la piel y aplicar medicamento, si está indicado.
- Ayuda al derechohabiente o usuario a regresar a su cama y deja en posición libremente escogida.
- Retira el equipo y lo deja limpio y en orden.
- Efectúa anotaciones sobre las observaciones hechas, reacciones del derechohabiente o usuario en formato correspondiente de enfermería.

**Medidas de Control y Seguridad:**

- Verificar constantemente la temperatura del agua, ya que las fluctuaciones de temperatura causan alteraciones cardiovasculares.

- No prolongar el tiempo del baño ya que se ocasiona fatiga en el derechohabiente o usuario.
- Evita enfriamiento en el derechohabiente o usuario ya que se produce vasoconstricción y se contrarresta el efecto deseado.
- Verifica constantemente el pulso del derechohabiente o usuario, para identificar alteraciones cardiovasculares.
- Educa al derechohabiente o usuario en no tocar las heridas o abrasiones con los dedos.
- Educa al derechohabiente o usuario para que realice los baños de asiento después de cada evacuación para aliviar el dolor después de cirugía rectal.
- Desinfecta las palanganas o tinas antes y después de cada uso con soluciones para desinfección de alto nivel.

#### **4.10 Baño Emoliente.**

##### **Concepto:**

Es la inmersión del cuerpo en la tina ordinaria de baño una temperatura de 35 a 37.5°C con alguna sustancia como harina de avena, almidón de maíz, bicarbonato de sodio o algún otro medicamento.

##### **Objetivo:**

Proteger la piel de lesiones cutáneas, con la eliminación de costras cutáneas y aliviando el prurito.

##### **Principios:**

- El agua caliente ayuda a prevenir la dilatación.
- El frotamiento causa irritación y aumento de calor, lo cual incrementa el prurito.
- El dolor tiene una función protectora que advierte la presencia de daño a los tejidos.
- La capacidad de percibir el dolor depende de la integridad de las estructuras nerviosas que reciben, transmiten e interpretan los impulsos de dolor.

##### **Material y Equipo:**

- Tina de baño o tina portátil para baño de asiento (palangana grande).
- Recipientes con agua caliente a temperatura indicada.
- Termómetro de baño.
- Esponja de baño o paño suave.
- Medicamento prescrito.
- Plástico para baño de asiento o Cojín de Kelly.
- Toalla.
- Cobertor.

##### **Técnica:**

- Prepara el material y equipo y llevarlo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Explica al derechohabiente o usuario la importancia del aseo correspondiente.
- Cubre con agua caliente la palangana o tina hasta el nivel aproximado de la sexta parte de su volumen o hasta que quede sumergida la cadera del derechohabiente o usuario.
- Indica al derechohabiente o usuario se siente en el hule clínico o de Kelly colocado alrededor de la palangana para aliviar la presión.
- Deja por espacio de 20 a 30 minutos, verifica constantemente la temperatura del agua.
- Al concluir el tiempo indicado, ayuda al derechohabiente o usuario a levantarse, seca la zona glútea, lubricar la piel y aplicar medicamento, si está indicado.
- Ayuda al derechohabiente o usuario a regresar a su cama y dejarlo en posición libremente escogida.
- Retira el equipo y dejarlo limpio y en orden.
- Efectúa anotaciones sobre las observaciones hechas, reacciones del derechohabiente o usuario en formato correspondiente de enfermería.

#### **Medidas de Control y Seguridad:**

- Verificar constantemente la temperatura del agua, ya que las fluctuaciones de temperatura causan alteraciones cardiovasculares.
- No incrementar la temperatura del agua ya que puede incrementar el prurito.
- Demuestre aceptación por las condiciones cutáneas del derechohabiente o usuario y evite mirar fijamente las lesiones.
- Permita al derechohabiente o usuario expresar sus sentimientos con relación a las lesiones.
- Revisar el aspecto de la zona afectada.
- Eduque al derechohabiente o usuario en no tocarse las heridas con los dedos.
- Educar al derechohabiente o usuario para que realice los baños de asiento después de cada evacuación para aliviar el dolor después de cirugía rectal.
- Desinfecte las palanganas o tinas antes y después de cada uso con soluciones para desinfección de alto nivel.

#### **4.11 Sujeción con Brazaletes.**

##### **Concepto:**

Son las maniobras que se efectúan para dar seguridad y protección a los derechohabientes o usuarios encamados y que se encuentran inquietos o con movimientos involuntarios.

##### **Objetivo:**

Proteger al derechohabiente o usuario encamado de sufrir posibles accidentes evitando que se dañe por efectuar movimientos involuntarios.

**Principios:**

- Los trastornos físicos y perturbaciones emocionales, pueden afectar la capacidad del individuo para protegerse ante el peligro.
- Al derechohabiente o usuario que se le brinda seguridad y protección se le evitan traumatismos.

**Material y Equipo:**

- Brazaletes de tela suave y ancha.
- Férulas de diversos tamaños.
- Vendas elásticas.
- Talco.
- Algodón o guata.
- Barandales.

**Técnica:**

- Traslada el equipo necesario a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Descubre el miembro que se va a inmovilizar, aplicar talco, cubrir con algodón o guata, hasta una distancia conveniente de la articulación, colocar el brazaletes de tela centrado longitudinalmente en la articulación a inmovilizar.
- Ajusta y anuda el brazaletes sin ejercer presión que pueda lastimar al derechohabiente o usuario o trastornar su circulación.
- Vigila las condiciones locales de los miembros sujetados.
- Retira el brazaletes y verifica que la piel no esté irritada, y en caso de que así sea, polvorea un poco de talco.

**Medidas de Control y Seguridad:**

- Todos los movimientos para manejar al derechohabiente o usuario, deben efectuarse con suavidad.
- Movilizar al derechohabiente o usuario cada dos horas, o según indicaciones médicas.
- Proporcionar privacidad al derechohabiente o usuario.
- Vigilar coloración en la piel.
- Evitar movimientos bruscos del derechohabiente o usuario.
- Mantener los barandales de la cama o camilla puestos.
- En lo posible evitar la sujeción del derechohabiente o usuario.
- Contraindicado en derechohabiente o usuarios con laceraciones en la piel.

**4.12 Prevención de Úlceras de Decúbito.**

**Concepto:**

Son las maniobras que se efectúan para evitar la pérdida de la circulación de una superficie cutánea debido a presión continua.

**Objetivo:**

Evitar la presión continua en las regiones cutáneas correspondientes a las salientes óseas para evitar la formación de úlceras.

**Principio:**

La lesión de la piel se produce por presión en una parte del cuerpo en que hay pérdida de la circulación (riego sanguíneo), y puede favorecer la necrosis y desarrollo de microorganismos patógenos.

**Material y Equipo:**

- Charola con almohadillas de forma anular confeccionadas con algodón y vendas de gasa de diferentes tamaños, cojines neumáticos y vendas.
- Ropa limpia de cama.
- Lubricante.

**Técnica:**

- Se lava las manos.
- Identifica al derechohabiente o usuario.
- Estira las ropas de cama o cambia, en caso de ser necesario.
- Mantiene la piel del derechohabiente o usuario limpia y seca, en especial las regiones prominentes y evita la fricción en los pliegues.
- Moviliza al derechohabiente o usuario con frecuencia y da masaje por regiones en todo el cuerpo.
- Vigila si existen signos de úlcera en la piel los cuales son enrojecimiento, hipersensibilidad, malestar y sensación de quemadura y registrarlos en notas de enfermería.
- Coloca almohadillas en las regiones cutáneas prominentes, de acuerdo a los cambios de posición.
- Proporciona comodidad al derechohabiente o usuario.

**Medidas de Control y Seguridad:**

- Conserve el cuerpo del derechohabiente o usuario tan limpio y seco como sea posible.
- Lavar y cambiar al derechohabiente o usuario con incontinencia de esfínteres cada vez que sea necesario.
- Movilizar al derechohabiente o usuario según indicaciones médicas, o cada dos horas como mínimo cuidando la alineación de los segmentos.
- Comprobar el óptimo funcionamiento del equipo y material antes de usarlo.
- Evitar que las almohadillas se desplacen con los movimientos del derechohabiente o usuario.

- Cuidar que la válvula del cojín neumático funcione adecuadamente.
- Si se usa cojín de aire no llenarlo a más de la mitad.

#### **4.13 Medición de la Temperatura Oral.**

##### **Concepto:**

Son las maniobras que realiza el personal de enfermería para obtener la temperatura de un individuo en cavidad oral.

##### **Objetivo:**

Conocer el grado de temperatura del individuo, identificar si en la temperatura presente hay variaciones con relación a lo normal.

##### **Principios:**

En los procesos infecciosos la elevación de la temperatura corporal es ocasionada por las toxinas y pirógenos producidos por las bacterias.

##### **Material y Equipo:**

- Canastilla o charola.
- Recipientes con termómetros bucales en solución antiséptica.
- Recipiente con torunda o cuadros de papel.
- Recipiente con solución jabonosa.
- Papel y pluma con tinta roja.
- Hoja de registro de signos vitales.

##### **Técnica:**

- Se lava las manos.
- Prepara el equipo y lo traslada a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Comunica al derechohabiente o usuario con palabras sencillas, la razón de las maniobras.
- Prepara en posición física en decúbito dorsal o sentado.
- Destapa la pomadera.
- Toma un termómetro de la solución antiséptica.
- Limpia el termómetro con una torunda con agua simple haciendo movimientos de rotación de la cubeta de mercurio al cuerpo.
- Desecha la torunda en la bolsa de papel y certifica que la columna de mercurio esté a menos de 35 grados centígrados, de lo contrario hace descender sacude fuertemente el termómetro.



- Indica al derechohabiente o usuario que abra la boca.
- Coloca el termómetro en la región sublingual, descansa en la comisura labial e indica que mantenga los labios cerrados.
- Retira después de tres minutos, el termómetro.
- Después de este lapso, retira el termómetro, limpia con una torunda seca, efectúa la lectura y registra.
- Deja al derechohabiente o usuario confortable.
- Da al equipo los cuidados posteriores a su uso.

**Medidas de Control y Seguridad:**

- Nunca debe usarse el termómetro oral de cristal de un derechohabiente o usuario a otro.
- Evitar esta toma en derechohabiente o usuarios con: tos, hipo, delirio, anestesia, disnea, lesiones bucales o que hayan ingerido bebidas calientes o frías durante los diez minutos anteriores.
- Cada derechohabiente o usuario debe tener su propio termómetro.
- Posponer la medición de temperatura durante 20 a 30 minutos si el derechohabiente o usuario ha ingerido líquidos o alimentos.
- La medición de la temperatura oral está contraindicada cuando el termómetro puede lesionar al derechohabiente o usuario o si éste es incapaz de mantenerlo de forma apropiada.
- No utilizar esta técnica en bebés y niños pequeños, en derechohabiente o usuarios sometidos a cirugía oral o con dolor o traumatismo en la boca, en derechohabiente o usuarios confusos o inconscientes.
- Está contraindicado en derechohabientes o usuarios conectados o respiradores orales.
- En derechohabiente o usuarios con antecedentes de trastornos convulsivos o con escalofríos incontrolables no debe tomarse la temperatura oral.

**4.14 Medición de la Temperatura Axilar o Inguinal.****Concepto:**

Procedimiento que se realiza para medir el grado de calor del organismo humano en la región axilar o inguinal.

**Objetivo:**

Conocer el grado de temperatura del individuo ayuda al diagnóstico y tratamiento del individuo.

**Principio:**

- La temperatura de un organismo es el resultado del metabolismo basal regulado por el hipotálamo.
- La medición de la temperatura periférica en axila es relativamente exacta.

**Material y Equipo:**

- Canastilla o charola.

- Recipiente con termómetro axilar en solución antiséptica.
- Recipiente con torundas o cuadros de papel.
- Recipiente con solución jabonosa.
- Papel higiénico.
- Lápiz, bolígrafo y diagrama de flujo.
- Hoja de registro de los signos vitales.

**Técnica:**

- Realiza los pasos del 1 al 8 del procedimiento anterior.
- Afloja el camión o el pijama del derechohabiente o usuario.
- Seca la región axilar o inguinal con una torunda seca y desecha.
- Coloca el termómetro en la región elegida y pide al derechohabiente o usuario que lo sujete o en caso necesario sostiene el brazo o pierna durante 3 minutos verifica que la cubeta de mercurio esté en contacto con la piel del derechohabiente o usuario.
- La medición de temperatura axilar es el método más seguro para valorar la temperatura corporal en el neonato.
- Después de este lapso retira el termómetro, limpia con una torunda seca efectúa la lectura y registra.

**Medidas de Control y Seguridad:**

- Mantener la posición apropiada del termómetro una vez puesto al derechohabiente o usuario.
- Se recomienda mantenerlo puesto 5 minutos en los niños.
- Consideraciones pediátricas:
  - Valorar la temperatura y la ventilación de la habitación del derechohabiente o usuario para determinar si existen condiciones ambientales que puedan influir en el resultado de la toma de la temperatura.
  - Permanezca con el niño durante todo el procedimiento.
  - Instruir a las madres de los niños pequeños sobre cómo colocarlos en la posición adecuada e inmovilizarlos para realizar el procedimiento.

**4.15 Medición de la Temperatura Rectal.****Concepto:**

Son las maniobras que realiza el personal de enfermería para obtener la temperatura de un individuo en el recto.

**Objetivo:**

- Conocer el grado de la temperatura del individuo.
- Proporcionar al derechohabiente o usuario oportunamente los cuidados necesarios.

**Principios:**

- La hipertermia puede producir daños cerebrales.
- Las células nerviosas no se regeneran.
- En estado fisiológico la temperatura presenta variaciones según la edad, hora y región en la que se tome.

**Material y Equipo:**

- Canastilla o Charola.
- Termómetros rectales en solución antiséptica.
- Recipiente con torundas o cuadros de papel.
- Lubricante sólido y abatelenguas.
- Recipiente con solución jabonosa.
- Bolsa para desperdicios.

**Técnica:**

- Efectúa los pasos del 1 al 3 del procedimiento bucal.
- Realiza la preparación física del derechohabiente o usuario, coloca en posición de sims (excepto a los lactantes; en decúbito dorsal se les toma de los tobillos y se les flexionan las piernas). Expone únicamente la región anal.
- Toma un cuadro de papel y coloca en uno de sus extremos un poco de vaselina o jalea lubricante usando el abatelenguas, deja sobre el carro Pasteur.
- Toma un termómetro rectal de la solución antiséptica y limpia con movimientos rotatorios del cuerpo a la cubeta de mercurio.
- Verifica que la columna de mercurio marque menos de 35 grados centígrados, de lo contrario hace descender mediante movimientos enérgicos del termómetro.
- Coloca el termómetro sobre el cuadro de papel, lubrica y coloca en el carro Pasteur.
- Toma el termómetro e introduce en el recto a una profundidad de dos centímetros aproximadamente.
- Quita el excedente de lubricante con el cuadro de papel doblado sobre sí mismo y desecha.
- Saca el termómetro cuidadosamente y efectúa la lectura.
- Desciende la columna de mercurio hasta que marque menos de 35 grados centígrados.
- Coloca el termómetro en la solución jabonosa.
- Efectúa las anotaciones correspondientes.
- Deja al derechohabiente o usuario confortable.

- Da al equipo los cuidados posteriores a su uso.

**Medidas de Control y Seguridad:**

- El recto constituye un lugar fiable para la toma de la temperatura rectal.
- La enfermera debe considerar la privacidad y la comodidad del derechohabiente o usuario.
- Se debe mantener el termómetro rectal durante el procedimiento. Los movimientos súbitos del derechohabiente o usuario pueden hacer que este se rompa en el recto.
- Situarse en un punto de despejado lejos de los objetos para prevenir la ruptura del termómetro.
- Cambiar la solución antiséptica en cada turno.
- Proporcionar comodidad y confianza al derechohabiente o usuario.
- La temperatura rectal no se debe tomar en derechohabiente o usuarios con: cirugía o trastornos rectales y con tracción, yeso en pelvis o las extremidades inferiores.

**4.16 Medición de la Frecuencia del Pulso.****Concepto:**

Son las maniobras que se siguen para percibir la frecuencia de los latidos del corazón, el ritmo y la amplitud.

**Objetivo:**

Conocer las características y variaciones del pulso del individuo.

**Principio:**

El pulso normal varía según la edad, el sexo, el estado emocional y la actividad del individuo.

**Material y Equipo:**

- Reloj.
- Lápiz o pluma.
- Hoja de registro de enfermería.

**Técnica:**

- Comunica al derechohabiente o usuario con palabras sencillas, la razón de las maniobras.
- Coloca en posición de descanso (acostado o sentado).
- Selecciona la arteria en que se le toma el pulso (arterias radial, temporal, facial, carótida, humeral, femoral o pedial).
- Coloca la punta de los dedos índice, medio y anular, sobre la arteria.
- Presiona solamente lo necesario para percibir las pulsaciones:
  - Nota su fuerza.

- Nota su ritmo.
- Cuenta el número de latidos durante un minuto.
- Anota la hora, frecuencia, ritmo y amplitud en la hoja de registro de enfermería.
- Deja confortable al derechohabiente o usuario.

#### Medidas de Control y Seguridad:

- Evitar tomar el pulso cuando el derechohabiente o usuario esté en actividad.
- Notificar al médico responsable:
  - Si la cifra es menor de 60 o superior de 100.
  - Si el pulso es demasiado débil o fuerte.
  - Si es irregular.
- En caso de duda repetir el procedimiento.

**NOTA:** Número de latidos que se consideran como normales, según edad:

Edad	No. de latidos
Recién nacido a 1 año.	115 a 130 por minuto.
1 a 6 años.	100 a 115 por minuto.
7 a 14 años.	80 a 90 por minuto.
Adulto (hombre).	70 por minuto.
Adulto (mujer).	80 por minuto.

- La enfermera debe de anotar las irregularidades asociadas con efectos adversos de los medicamentos (como la digoxina).
- Si la enfermera detecta un ritmo irregular, es importante valorar si hay un déficit del pulso.
- Existen variantes de acuerdo al lugar en donde se tome el registro del pulso.
- Existen variantes en el registro del procedimiento de acuerdo a la patología del derechohabiente o usuario ejemplo:

Patologías	
Asma Bronquial.	Bronconeumonía.
Neumonía.	Quemaduras.
Fracturas Múltiples.	Edema Severo.
TCE.	Presencia de Aparatos de Yeso.
Fiebre.	Llanto.
Estrés, entre otros.	

#### 4.17 Medición de la Frecuencia Respiratoria.

##### Concepto:

Son las maniobras que se efectúan para conocer la frecuencia, el ritmo y la amplitud o profundidad de los movimientos ventilatorios del individuo.

**Objetivos:**

Conocer las variaciones de la respiración del individuo.

**Principio:**

El ciclo completo entre una inspiración y una aspiración constituye una respiración. La deficiencia del oxígeno en el organismo dificulta la función tisular.

**Material y Equipo:**

- Un reloj con segundero.
- Lápiz o pluma.
- Hoja de registro de enfermería.

**Técnica:**

- Asegura que el derechohabiente o usuario esté en una posición cómoda, de preferencia sentado.
- Coloca el brazo del derechohabiente o usuario en posición relajada, cruzado sobre el abdomen o el tórax o ponga su mano. Directamente sobre la región superior del abdomen del derechohabiente o usuario.
- Observa un ciclo respiratorio completo (una inspiración y espiración).
- Una vez que se ha observado un ciclo, mira el segundero del reloj y comienza a contar la frecuencia respiratoria: cuando éste alcanza un número en la espera, cuenta “uno” para comenzar el ciclo completo.
- En el adulto, cuenta el número de respiraciones en 30 segundos y multiplica por dos. Para los bebés o los niños pequeños, cuenta las respiraciones durante un minuto completo.
- Si la respiración del adulto, tiene un ritmo irregular o está anormalmente rápido o bajo, cuenta durante 1 minuto completo.

**Medidas de Control y Seguridad:**

- Es difícil para un derechohabiente o usuario respirar de manera natural, si sabe que se están contando sus respiraciones.
- Si la cifra es menor de 14 ó superior a 28 en adultos, avisar al jefe inmediato.
- Mientras está contando, anote si la respiración es superficial normal o profunda y si el ritmo es regular o muestra patrones alterados.
- Registre los resultados en el diagrama de flujo o en la historia clínica. Informe los signos de alteraciones respiratorias.
- Tome la frecuencia respiratoria inmediatamente después de contar el pulso, no retire los dedos de la arteria.
- La frecuencia no debe descartar los cambios respiratorios sin indagaciones adicionales.
- Existen variaciones en el registro del procedimiento de acuerdo a la patología del derechohabiente o usuario ejemplo:
  - T.C.E.
  - Asma bronquial.

- Bronconeumonía.
- Neumonía.
- Edema severo.
- Fiebre.
- Quemaduras.
- Fracturas múltiples.
- Estrés, etc.

#### **4.18 Medición de la Presión Arterial.**

##### **Concepto:**

Son las maniobras que se efectúan para conocer la fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes de las arterias dependiendo de la fuerza de la contracción cardiaca y del estado físico de las arterias.

##### **Objetivos:**

Conocer las variantes y registrarlas.

##### **Principio:**

Representa la fuerza de transmisión del fluido sanguíneo que genera la contracción del corazón en cada latido.

##### **Material y Equipo:**

- Baumanómetro.
- Estetoscopio biauricular.
- Lápiz o pluma.
- Hoja de registro de enfermería.

##### **Técnica:**

- Prepara el equipo y lleva a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Comunica al derechohabiente o usuario con palabras sencillas, la razón de las maniobras.
- Coloca sentado o acostado y descubre el brazo y el antebrazo.
- Coloca el brazalete alrededor del brazo a dos centímetros arriba del codo.
- Conecta el sistema de registro con el de comprensión.
- Localiza el pulso braquial con los dedos índice y medio.
- Coloca la cápsula del estetoscopio sobre la arteria braquial.

- Cierra la válvula de la pera insufladora.
- Insufla el brazalete hasta que la columna de mercurio marque 200mm de mercurio.
- Dejar salir el aire lentamente, afloja el tornillo de la pera insufladora.
- Escucha el primer ruido que corresponde a la presión sistólica, lee la cifra, hace una segunda toma y anota como presión máxima.
- Continúa disminuyendo la presión del brazalete hasta que se deje de escuchar el latido del pulso, lee la cifra y registra como presión diastólica o mínima.
- Quita el estetoscopio y desconecta del sistema de comprensión (desinflado totalmente).
- Retira el brazalete del derechohabiente o usuario, dobla y guarda en su estuche.
- Deja al derechohabiente o usuario confortable.
- Retira el equipo y dar los cuidados posteriores a su uso.
- Anota fecha, hora y datos sobre la toma efectuada.

**Medidas de Control y Seguridad:**

- El brazo del derechohabiente o usuario se debe apoyar en un plano resistente.
- El brazalete se desinfla totalmente.
- Evitar que la cápsula del estetoscopio toque el brazalete.
- El brazalete se coloca ajustado, sin apretar.
- Asegurarse que la columna de mercurio quede a la altura del brazo y esté a nivel del corazón.
- Anotar de la manera siguiente la presión arterial: Sistólica/ Diastólica.
- Diferencial (cuando se solicite).
- La enfermera debe estar pendiente de los posibles signos y síntomas de la presión arterial alta (hipertensión) cefalea, rubor facial, hemorragia nasal y fatiga en los ancianos.
- Pendiente también de los signos y síntomas de la presión arterial baja (hipotensión) mareo, confusión mental, piel y mucosas cianóticas (azuladas) o pálidas y moteado de la piel de las extremidades.
- Evite seleccionar una extremidad que tenga instalada una vía IV o una derivación Arteriovenosa.

**4.19 Medición de la Frecuencia Cardíaca.****Concepto:**

Son las acciones mediante las cuales se registran de manera adecuada los latidos cardíacos del derechohabiente o usuario durante un minuto.

**Objetivo:**



Conocer las características de los latidos cardíacos, frecuencia, ritmo e intensidad, que ayudan a valorar.

**Principio:**

Esta constante vital se modifica en el individuo por causas fisiológicas, patológicas y psicológicas.

**Material y Equipo:**

- Estetoscopio.
- Reloj con segundero.

**Técnica:**

- Traslada el equipo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Coloca al derechohabiente o usuario en decúbito dorsal o semifowler si su estado de salud lo permite.
- Descubre la región torácica y coloca la cápsula de estetoscopio en el área precordial del derechohabiente o usuario.
- Cuenta durante un minuto los latidos del corazón escucha las características y registrarlas.
- Deja al derechohabiente o usuario comfortable.
- Da al equipo los cuidados posteriores a su uso.

**Medidas de Control y Seguridad:**

- Verifica que el equipo esté completo y en buenas condiciones de exactitud y uso.
- Se lava las manos cuantas veces sea necesario.
- Coloca al derechohabiente o usuario en la posición requerida según el procedimiento.
- Usa estetoscopio pediátrico en caso de realizarse el procedimiento a los niños.
- Hace la medición con la frecuencia que requiera el estado del derechohabiente o usuario o la indicación médica.
- Verifica los datos cuando exista dudas sobre la medición.
- Avisa al responsable del servicio y al médico, en caso de existir alguna alteración en las cifras y características de los signos vitales.
- Existen variantes en el registro del procedimiento de acuerdo a la patología del derechohabiente o usuario, por ejemplo:
  - Derechohabiente o usuario con cirugía de tórax abierto.
  - Derechohabiente o usuario con traumatismo de tórax.
  - Derechohabiente o usuarios conectados al monitor.
  - Derechohabiente o usuarios con fracturas múltiples.
  - Derechohabiente o usuarios quemados.

- Derechohabiente o usuarios con presencia de aparatos de yeso.

#### **4.20 Somatometría.**

##### **Concepto:**

La somatometría es la parte de la antropología física que se ocupa de las mediciones que se efectúan al cuerpo humano.

##### **Objetivo:**

Valorar el crecimiento del individuo ayudando a determinar su estado de salud, enfermedad y el diagnóstico médico y de enfermería.

##### **Principio:**

Valorar el crecimiento del individuo y compararlo contra los parámetros establecidos de acuerdo a su género y edad, a fin de apoyar en y el diagnóstico médico y de enfermería.

##### **Material y Equipo:**

- Cinta métrica.
- Báscula (de acuerdo a la edad del derechohabiente o usuario).
- Hoja de registro.
- Toallas de papel desechables.

##### **Técnica:**

##### **Medición de Peso y Talla:**

- Se lava las manos.
- Prepara el equipo y lo traslada a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Coloca una toalla de papel sobre la plataforma de la báscula y la ajusta.
- Llama al derechohabiente o usuario por su nombre y lo identifica.
- Solicita que orine antes de pesarlo y le explica el propósito del procedimiento a realizar.
- Le ayuda al derechohabiente o usuario a ponerse de pie sobre la báscula, sin bata ni zapatos (en camión o pijama), lo vigilará sin tocarlo mientras se toma el peso con exactitud.
- Efectúa la lectura y registro del peso del derechohabiente o usuario.
- Sube el marcador del estadímetro por encima de la cabeza del derechohabiente o usuario.
- Solicita al derechohabiente o usuario que se mantenga erguido y baja el marcador hasta el borde superior de la cabeza (vértice cefálico).
- Realiza la lectura y registra la talla del derechohabiente o usuario en centímetros.

- Baja al derechohabiente o usuario de la báscula, lo ayuda a vestirse y lo deja cómodo en su unidad.
- Informa al derechohabiente o usuario su peso y su talla.
- Desecha la toalla de papel y le da cuidados posteriores al equipo.

**Medición del Perímetro Cefálico:**

- Se lava las manos.
- Levanta la cabeza del derechohabiente o usuario con una mano y desliza la cinta métrica con la otra mano por debajo de la cabeza.
- Coloca la cinta al nivel del occipucio y de la parte media de las cejas (supraciliar).
- Efectúa la lectura y realiza la anotación correspondiente en centímetros.

**Medición del Perímetro Torácico:**

- Se lava las manos.
- Levanta la cabeza y tórax del derechohabiente o usuario.
- Desliza la cinta métrica por debajo de las axilas al nivel de las tetillas.
- Efectúa la medición a la mitad de una respiración normal.
- Hace la anotación en centímetros en la Hoja de Registro.

**Medición del Perímetro Abdominal:**

- Se lava las manos.
- Sostiene con una mano la espalda del derechohabiente o usuario y con la otra desliza la cinta métrica, hacia la cintura.
- Coloca la cinta al nivel de la cicatriz umbilical.
- Efectúa la lectura.
- Hace la anotación en centímetros en la Hoja de Registro.
- Al término de estos procedimientos, cubre y deja cómodo al derechohabiente o usuario.

**Perímetro de los Miembros Torácicos:**

- Coloca al derechohabiente o usuario en decúbito dorsal o sentado.
- Deja que el brazo caiga libremente a lo largo del cuerpo.
- Coloca la cinta métrica alrededor del brazo, a la mitad de la distancia entre el acromion y olécranon.
- Efectúa la misma maniobra del olécranon a la región escápulo humeral de acuerdo con la indicación médica.
- Lleva a cabo la lectura y la anota.

**Perímetros de los Miembros Pélvicos:**

- Coloca al derechohabiente o usuario en decúbito dorsal.
- Descubre los miembros inferiores.
- Coloca la cinta métrica alrededor de:
  - El muslo, en la parte media.
  - La pierna, en el tercio superior.
- Efectuar la lectura y anotarla.

**Medidas de Control y Seguridad:**

- De preferencia pese a los derechohabiente o usuarios a una misma hora, en ayunas y con el mismo tipo de ropa.
- Realice cambio de toallas desechables a la báscula por cada derechohabiente o usuario para evitar infecciones cruzadas.
- Verifique la exactitud de la báscula.
- Nunca deje solo al derechohabiente o usuario durante estos procedimientos.

**4.21 Traslado del Derechohabiente o Usuario.****Concepto:**

Son las maniobras que se realizan para mover a un derechohabiente o usuario de un lugar a otro, ya sea para realizar algún estudio diagnóstico, cirugía, etc.

**Objetivo:**

Movilizar al derechohabiente o usuario fuera de su unidad para realizar algún procedimiento (diagnóstico o terapéutico), transferencia a otra unidad (o cama), etc., con la mayor seguridad y comodidad.

**Principio:**

- La transportación adecuada proporciona seguridad al derechohabiente o usuario.
- La mecánica corporal se basa en el principio físico de las palancas.

**Material y Equipo:**

- Medio de transporte (camilla, silla de ruedas, cama con barandales, incubadora portátil, etc).
- Accesorios: varillas portasueros, sujetadores.
- Documentos del derechohabiente o usuario.
- Ropa de cama (y objetos personales en caso de transferencia) para adulto o niño: colcha, cobertor, sábanas, pijamas, camisón, bata.

**Técnica:**

**Traslado por Deambulaci3n:**

- Verifica la identificaci3n del derechohabiente o usuario y el motivo del traslado.
- Comunica al derechohabiente o usuario el motivo del traslado.
- Calza las sandalias al derechohabiente o usuario.
- Acompa1a al derechohabiente o usuario en su traslado cuando sea necesario, si se trata de casos pedi1tricos, extrema las precauciones.
- Establece comunicaci3n con el derechohabiente o usuario durante el traslado, ya que esto le proporciona apoyo emocional.
- Comprueba al regreso del derechohabiente o usuario la instalaci3n y comodidad en su unidad.
- Efect1a las anotaciones de enfermer1a correspondientes.

**Traslado en Camilla:**

- Lleva la camilla a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Si es posible, le explica al derechohabiente o usuario la raz3n del procedimiento.
- Solicita al derechohabiente o usuario se coloque en dec1bito dorsal si sus condiciones generales lo permiten; en caso contrario, lo asiste.
- Retira la colcha y el cobertor de la cama.
- Coloca la camilla paralela y junto a la cama.
- Frena la cama y la camilla.
- Se coloca de pie al lado de la camilla y sostiene la s1bana cl1nica.
- La persona ayudante se pone cerca de la cabecera de la camilla y sostiene la cabeza y los hombros del derechohabiente o usuario, con la s1bana.
- Simult1neamente las dos personas lo pasan de la cama a la camilla, en un s3lo movimiento.
- Cubre al derechohabiente o usuario con las ropas de la camilla y lo sujeta correctamente.
- Fija los barandales.
- Acompa1a al derechohabiente o usuario en su traslado cuando sea necesario, si se trata de casos pedi1tricos, extrema las precauciones.
- Establece comunicaci3n con el derechohabiente o usuario durante el traslado, ya que esto le proporciona apoyo emocional.
- Comprueba al regreso del derechohabiente o usuario la instalaci3n y comodidad en su unidad.
- Efect1a las anotaciones de enfermer1a correspondientes.
- Para el paso de la camilla a la cama, efect1a las mismas maniobras en sentido contrario.

**Traslado en Silla de Ruedas:**

- Lleva la silla y la ropa a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Explica al derechohabiente o usuario la razón de las maniobras a realizar.
- Coloca el cobertor sobre el respaldo de la silla en forma de rombo.
- Acerca la silla a la cama y frena ambas.
- Ayuda al derechohabiente o usuario a bajarse de la cama, utilizando el banco de altura.
- Sostiene a la vez que se le ayuda a girar para que se siente en la silla.
- Con las esquinas laterales de la sábana y el cobertor, cubre los brazos y si es necesario, con la esquina superior, cubre la cabeza.
- Con la sábana protege los miembros inferiores.
- Vigila las condiciones del derechohabiente o usuario.
- Acompaña al derechohabiente o usuario en su traslado cuando sea necesario, si se trata de casos pediátricos, extrema las precauciones.
- Establece comunicación con el derechohabiente o usuario durante el traslado, ya que esto le proporciona apoyo emocional.
- Comprueba al regreso del derechohabiente o usuario la instalación y comodidad en su unidad.
- Efectúa las anotaciones de enfermería correspondientes.
- Para el paso de la silla a la cama, efectúa las mismas maniobras en sentido contrario.

**Traslado en Cama o Cuna:**

- Se lava las manos antes y después del procedimiento y tantas veces sea necesario.
- Revisa la identificación del derechohabiente o usuario y el motivo del traslado.
- Comunica al derechohabiente o usuario el motivo del traslado.
- Viste al derechohabiente o usuario considerando el motivo del traslado.
- Corrobora que los barandales de la cama ofrezcan el máximo de seguridad.
- Aplica las medidas generales conducentes y cubre la parte superior de la cama o cuna en forma de pabellón.
- Acompaña al derechohabiente o usuario en su traslado cuando sea necesario.
- Vigila las condiciones generales del derechohabiente o usuario durante el trayecto y en el tratamiento o estudio diagnóstico para el cual fue requerido.
- Establece comunicación con el derechohabiente o usuario durante el traslado, ya que esto le proporciona apoyo emocional.

- Verifica al regreso del derechohabiente o usuario y una vez instalado en su unidad, el funcionamiento de las instalaciones generales y específicas que requiera.
- Efectúa los registros de enfermería correspondientes.

**Medidas de Control y Seguridad:**

- Verificar que los tratamientos específicos no sean interrumpidos durante el traslado.
- Integrar un equipo de traslado (médico, enfermera, residente, camillero) si las condiciones del derechohabiente o usuario lo ameritan.
- Revisar que el medio de transporte seleccionado esté en buenas condiciones.
- Evitar enfriamientos, arrojando adecuadamente al derechohabiente o usuario.
- No dejar al derechohabiente o usuario sin vigilancia.
- Acompañarlo para que dé la documentación correspondiente.
- Evitar movimientos bruscos que lesionen al derechohabiente o usuario.
- En presencia de lipotimias o alteraciones suspender el traslado y notificar a quien corresponda.

**4.22 Recolección de Muestras para realizar Exámenes de Laboratorio.****Concepto:**

Es la técnica para obtener una o varias muestras de sangre venosa, arterial o capilar para la valoración biomédica del derechohabiente o usuario.

**Objetivo:**

Obtener información sobre las condiciones y características de los componentes sanguíneos y comparar parámetros biomédicos y/o microbiológicos.

**Principio:**

La sangre está formada de diversos componentes que al alterarse ocasionan cambios importantes en el organismo.

**Material y Equipo:**

- Charola de mayo.
- Jeringa de 10 ml.
- Aguja Hipodérmica No. 20 ó 22.
- Guantes.
- Cubre bocas.
- Gafas de protección.

- Torundas con solución Antiséptica.
- Tubos de ensaye.
- Ligadura.
- Membretes.
- Solicitud de laboratorio.
- Pluma.

**Técnica:**

- Prepara el equipo.
- Traslada el equipo a la unidad del derechohabiente o usuario, e identifica al derechohabiente o usuario de acuerdo a la solicitud.
- Explica al derechohabiente o usuario breve y claramente la técnica a realizar.
- Verifica el ayuno en caso de estar indicado.
- Da posición anatomofuncional, identifica el sitio de punción, coloca gorro, cubrebocas y gafas de protección.
- Realiza asepsia de la región, realizar la toma de la muestra.
- Deposita la sangre en los tubos de acuerdo a las muestras requeridas previamente membretadas. Deja cómodo al derechohabiente o usuario.
- Retira el equipo y da los cuidados posteriores a su uso.
- Realiza anotaciones en la hoja de registros clínicos de enfermería.

**Medidas de Control y Seguridad:**

- Lavarse las manos antes y después del procedimiento.
- Manejar las muestras con cuidado para evitar accidentes.
- Recabar resultados de laboratorio con oportunidad.
- Verificar las muestras con la solicitud del derechohabiente o usuario.
- Realizar la toma de muestras con equipo necesario para evitar accidentes.
- Identificar los tubos específicos para la muestra de sangre.
- Las muestras de sangre se colocan en tubos específicos para su identificación y de acuerdo con el tipo de examen que se haya ordenado.



Color del Tapón	Pruebas de Sangre
Rojo con preservativo.	Series químicas.
	Análisis de Fármacos.
	Serología, Aglutininas frías.
	Isoenzimas.
Rojo Claro.	Tipo sanguíneo y compatibilidad.
Lavanda.	Estudio de Coagulación.
Morado.	Hemoglobina, Hematocrito.
Verde.	Amoniaco.
Rojo intenso.	Glucosa, Electrolitos.

#### 4.22.1 Muestra de Esputo.

##### Concepto:

Es la técnica por la que se obtiene una muestra de expectoración para su análisis clínico.

##### Objetivo:

Obtener una muestra adecuada de secreciones, sin contaminación.

##### Principios:

- El medio de cultivo apropiado facilita la identificación del germen causal.
- La fisioterapia respiratoria moviliza las secreciones para la expectoración.

##### Material y Equipo:

- Charola de Mayo.
- Solicitud del Estudio.
- Guantes, Gorro, Cubrebocas, Gafas de Protección.
- Frasco estéril de boca ancha previamente Etiquetado.

##### Técnica:

- Prepara el equipo.
- Traslada el equipo a la unidad del derechohabiente o usuario. Identifica al derechohabiente o usuario de acuerdo a la solicitud.
- Explica al derechohabiente o usuario breve y claramente la técnica a realizar.
- Verifica el ayuno en caso de estar indicado.
- Da posición anatomofuncional, identifica el sitio de punción.
- Se coloca gorro, cubrebocas y gafas de protección.
- Estimula el reflejo tusígeno (a través de la respiración profunda) y coloca el frasco para la recolección de la muestra.

- Tapa el frasco inmediatamente.
- Deja cómodo al derechohabiente o usuario.
- Retira el equipo y dar los cuidados posteriores a su uso.
- Se lava las manos.
- Realiza anotaciones en la hoja de registros clínicos de enfermería (cantidad, color y características del esputo).

**Medidas de Control y Seguridad:**

- Lavarse las manos antes y después del procedimiento.
- Manejar las muestras con cuidado para evitar accidentes.
- Pedir al derechohabiente o usuario que se tape la boca cuando tosa.
- Recolectar la muestra por la mañana y cuando el moco se ha acumulado durante la noche.
- Recabar resultados de laboratorio.
- Verificar las muestras con la solicitud del derechohabiente o usuario.
- Con la existencia de vómito diferir el procedimiento.

**4.22.2 Muestra de Orina.****Concepto:**

Es la técnica para obtener una muestra de orina para su análisis químico y/o microscópico.

**Objetivo:**

Obtener una muestra de orina sin contaminación.

**Principio:**

Las muestras se obtienen de la primera orina de la mañana, ya que así pueden obtenerse recuentos bacterianos más elevados.

**Material y Equipo:**

- Charola de Mayo.
- Solicitud de Estudio.
- Guantes, Cubrebocas, Gafas de Protección.
- Frasco estéril previamente etiquetado.
- Equipo de aseo.

**Técnica:**

- Prepara el equipo.

- Traslada el equipo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Identifica al derechohabiente o usuario de acuerdo a la solicitud.
- Explica al derechohabiente o usuario breve y claramente la técnica a realizar.
- Se lava las manos.
- Se coloca guantes, cubrebocas y gafas de protección.
- Da posición anatomofuncional.
- Realiza aseo de genitales.
- Pide al derechohabiente o usuario que orine directamente al frasco.
- Tapa el frasco inmediatamente sin contaminarlo.
- Deja cómodo al derechohabiente o usuario.
- Retira el equipo y da los cuidados posteriores a su uso.
- Se lava las manos.
- Realiza anotaciones en la Hoja de Registros Clínicos de Enfermería.
- Envía la muestra al laboratorio inmediatamente.

**Medidas de Control y Seguridad:**

- Lavarse las manos antes y después del procedimiento.
- Manejar las muestras con cuidado para evitar accidentes.
- Membretar los frascos.
- Evitar contaminar la muestra.
- Procurar coleccionar la primera orina de la mañana.
- Verificar las muestras con la solicitud del derechohabiente o usuario.

**4.22.3 Muestra de Heces.****Concepto:**

Es el procedimiento por medio del cual se obtiene una muestra de materia fecal.

**Objetivo:**

Detectar la presencia de elementos anormales o parásitos en heces fecales.

**Principios:**

- El contacto de materia fecal con orina induce a hallazgos erróneos.
- Normalmente las heces fecales contienen bacterias, células epiteliales descarnadas, residuos alimenticios, pigmentos biliares, moco y sales inorgánicas.

**Material y Equipo:**

- Charola de Mayo.
- Solicitud del Estudio.
- Guantes, cubrebocas, abatelenguas, gafas de Protección.
- Cómodo.
- Recipiente con tapa previamente etiquetado.
- Gafas de Protección.

**Técnica:**

- Prepara el equipo.
- Traslada el equipo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Identifica al derechohabiente o usuario de acuerdo a la solicitud.
- Explica al derechohabiente o usuario breve y claramente la técnica a realizar.
- Se lava las manos.
- Se coloca guantes, cubrebocas y gafas de protección.
- Da posición anatomofuncional al derechohabiente o usuario.
- Coloca cómodo.
- Pide al derechohabiente o usuario que orine antes de tomar la muestra y desechar la orina.
- Toma la muestra con un abatelenguas y coloca en el recipiente.
- Tapa el frasco inmediatamente.
- Deja cómodo al derechohabiente o usuario. Si es necesario, ayudar al derechohabiente o usuario a limpiarse el perineo.
- Retira el equipo y da los cuidados posteriores a su uso.
- Se lava las manos.
- Realiza anotaciones en la hoja de registros cénicos de enfermería.
- Envía la muestra al laboratorio inmediatamente.

**Medidas de Control y Seguridad:**

- Lavarse las manos antes y después del procedimiento.
- Membretar los frascos.
- Evitar contaminar la muestra.
- Recabar resultados de laboratorio.
- Verificar las muestras con la solicitud del derechohabiente o usuario.

#### **4.23 Administración de Medicamentos.**

##### **Concepto:**

Procedimiento por medio del cual se proporcionan elementos terapéuticos al organismo humano por diferentes vías.

##### **Objetivo:**

Colaborar en el tratamiento del derechohabiente o usuario al proporcionar con oportunidad y eficiencia los medicamentos prescritos.

##### **Principio:**

La seguridad es un aspecto prioritario en la preparación y administración de medicamentos.

##### **Material y Equipo:**

- Carro o charola para medicamentos.
- Formas de control o tarjetas horario.
- Medicamentos.
- Recipiente para basura.
- Recipiente con agua jabonosa.
- Equipo específico para cada vía de administración.

##### **Técnica:**

- Revisa la prescripción médica.
- Se lava las manos.
- Identifica los medicamentos.
- Coloca los medicamentos en el recipiente específico.
- Mide con la tarjeta el horario, administra el medicamento en la dosis señalada.
- Traslada los medicamentos a la unidad clínica, previa identificación y explicación del procedimiento.
- Aplica el medicamento de acuerdo a la vía de administración.

- Permanece con el derechohabiente o usuario hasta la total aplicación del medicamento.
- Observa si se presentan o exacerban manifestaciones clínicas de intolerancia al medicamento.
- Da cuidados posteriores al equipo y elabora las anotaciones de enfermería necesarias.

**Medidas de Control y Seguridad:**

- Aplicar los principios de asepsia en todos los casos.
- Respetar y proteger la individualidad del derechohabiente o usuario.
- Lavarse las manos cuantas veces sea necesario.
- Integrar el equipo en el cuarto clínico o zona de preparación, según el procedimiento que se va a realizar.
- Comprobar que el equipo esté limpio, seco y en buenas condiciones de uso.
- Conservar los medicamentos en su envoltura original.
- Revisar la fecha de caducidad de los medicamentos.
- Verificar que el nombre, la dosis y la vía de administración corresponda a lo indicado; se recomienda leer tres veces la etiqueta del medicamento.
- Cuando se tome del área donde se guarda.
- Antes de sacar el medicamento del envase.
- Al devolver el envase a su lugar.
- Verificar que las diluciones o fracciones sean correctas.
- Administrar los medicamentos por estricta indicación médica.
- Preparar solo los medicamentos que se van a administrar en ese horario.
- Evitar las interrupciones durante la preparación de los medicamentos.
- No preparar medicamentos de apariencia dudosa.
- Trasladar el equipo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Verificar invariablemente la identificación antes de administrar el medicamento.
- Dirigirse al derechohabiente o usuario por su nombre y explicar el procedimiento.
- Extremar las precauciones en los derechohabientes o usuarios pediátricos e inconscientes para evitar trastornos respiratorios durante la administración de los medicamentos.
- Membretar los vasos y las jeringas con el número de cama del derechohabiente o usuario, dosis, nombre del medicamento y vía por la que se va a administrar.
- Homogenizar la mezcla del medicamento cuando así se requiera.

- Registrar la administración del medicamento inmediatamente después de efectuada, y en caso de reacciones indeseables, notificarlas al jefe inmediato o al médico.
- No dejar al enfermo los medicamentos prescritos sin verificar su ingestión o aplicación.
- Verificar que en la tarjeta de medicamentos se registre: Nombre del enfermo, número de cama, fecha, nombre del medicamento, vía de administración, dosis y horario.
- Consultar el expediente clínico o al médico directamente en caso de duda.
- Colocar en el lugar asignado las tarjetas después de su utilización de acuerdo al número correspondiente a cada cama.
- Al terminar de ministrar los medicamentos, dar los cuidados de limpieza al equipo.
- Elaborar las tarjetas de medicamentos con las abreviaturas establecidas en este documento.

Medicamento	Abreviatura	Medicamento	Abreviatura
Ampolleta	amp.	Máximo	mx.
Caja	Cja.	Miliequivalente	m. eq.
Capa entérica	c.e.	Miligramo	mg.
Cápsulas	caps.	Mililitro	ml.
Comprimidos	comps.	Mínimo	mn.
Cucharada	cuch.	Minuto	min.
Elíxir	elíx.	Onza	oz.
Emulsión	emul.	Pastilla	past.
Extracto	ext.	Píldora	pil.
Extracto fluido	ext. fl.	Por razón necesaria	p.r.n.
Frasco	Fco.	Solución	sol.
Gramo	g.	Subcutáneo	subcut.
Gota	gta.	Supositorio	sup.
Hora	h.	Suspensión	susp.
Horas	Hs.	Tintura	Tint.
Intramuscular	i.m.	Transfusión	transf.
Intravenosa	i.v.	Ungüento	ung.
Jarabe	jbe.	Venoclisis	v.c.
Kilogramo	kg.	Vía oral	v.o.
Líquido	liq.	En caso de urgencias	s.o.s
Litro	l.		

#### Horarios Guía:

Indicación Médica	Hora de Administración
C/24 h.	12 h.
C/12 h.	6h, 18h.
C/8 h.	6 h, 14 h, 22 h,
C/6 h.	6 h, 12 h, 18 h, 24 h.
C/4 h.	6 h, 10 h, 14 h, 18 h, 22 h, 2 h.
C/ 3 h.	6 h, 9 h, 12 h, 15 h, 18 h, 21 h, 24 h, 3 h.
C/2 h.	6 h, 8 h, 10 h, 12 h, 14 h, 16 h, 18 h, etc.
C/1 h.	6 h, 7 h, 8 h, 9 h, 10 h, 11 h, 12 h, 13 h, 14 h, etc.
C/Alimentos.	9 h, 14 h, 19 h.

#### **4.24 Administración de Medicamentos por Vía Oral.**

**Concepto:**

Procedimiento que permite el paso de los medicamentos a la circulación sistémica, a través de la boca.

**Objetivo:**

Lograr un efecto en el organismo mediante el poder de absorción que tiene el tracto digestivo.

**Principio:**

La absorción del medicamento en el tracto digestivo, se debe a difusión simple a través de la membrana.

**Material y Equipo:**

- Charola, mesa Pasteur o carro para medicamentos.
- Vasos para medicamentos.
- Mortero.
- Jarra con agua.
- Cuchara.
- Gotero.
- Agitador.
- Bolsa para basura.

**Técnica:**

- Prepara el medicamento de acuerdo a la prescripción médica.
- Traslada a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Explica al derechohabiente o usuario la forma de ingerir el medicamento: Sublingual, Deglutido, Efervescente, Disuelto en la boca.
- Ofrece agua al derechohabiente o usuario en caso necesario.
- Verifica que el derechohabiente o usuario haya deglutido el medicamento.
- En los Derechohabientes o Usuarios Pediátricos:
  - Semisienta al niño, con una mano sostiene la cabeza y con la otra coloca el borde del vaso sobre la lengua.
  - Forza la deglución del medicamento en pequeños tragos y comprueba que lo ha ingerido en su totalidad o repone la cantidad perdida.
  - Retira el vaso y quita de la boca el residuo del medicamento.
- Deja cómodo al derechohabiente o usuario en posición semifowler.



- Retira el equipo y da los cuidados posteriores a su uso.

**Medidas de Control y Seguridad:**

- Verificar la integridad del vaso.
- Evitar la dilución de jarabes y no dar agua al derechohabiente o usuario inmediatamente después de la toma.
- En casos pediátricos o de inconciencia, triturar y homogeneizar el medicamento.
- La identificación del derechohabiente o usuario, evita errores en la administración de medicamentos.
- Los medicamentos pulverizados o diluidos se absorben más rápidamente porque se aumenta la superficie de contacto.
- Observar las reacciones del derechohabiente o usuario.
- No dejar al derechohabiente o usuario hasta estar completamente seguros de la total deglución de los medicamentos.
- La absorción de los medicamentos administrados por vía oral se modifican en condiciones patológicas (diarrea, irritación gastrointestinal, etc.).

**4.25 Administración de Medicamentos por Vía Subcutánea.****Concepto:**

Procedimiento por el cual se introduce una sustancia inyectable en el tejido subcutáneo.

**Objetivo:**

Introducir medicamentos que requieran de absorción lenta por vía parenteral.

**Principio:**

El tejido subcutáneo es areolar con un mínimo de receptores del dolor y tejido graso que permite una absorción lenta.

**Material y Equipo:**

- Charola con equipo básico.
- Jeringa con escala en unidades internacionales y agujas hipodérmicas de calibre 26-27, con bisel corto y longitud de 1 a 2.5 cm según el tejido adiposo existente.
- Torundas alcoholadas.
- Bolsa para basura.

**Técnica:**

- Elige y descubre la región: cara externa del brazo, cara anterior del muslo.
- Coloca al derechohabiente o usuario en decúbito dorsal o sedente, de acuerdo al sitio de punción.
- Cara posterior del tórax y abdomen.

- Efectúa la asepsia de la región.
- Fija la piel del derechohabiente o usuario con los dedos índice y pulgar.
- Introduce la aguja con el bisel hacia arriba, formando entre la piel y la jeringa un ángulo aproximado de 15 grados.
- Aspira con la jeringa para verificar que no haya sangre, e inyecta el medicamento lentamente.
- Retira la aguja y coloca una torunda alcoholada en el sitio de la punción.

**Medidas de Control y Seguridad:**

- En presencia de sangre, desviar la aguja hacia otro sitio.
- No puncionar en zonas irritadas e infectadas.
- En caso de punciones muy frecuentes se aconseja rotar el sitio de la aplicación.
- La punción frecuente en un mismo sitio incrementa la formación de tejido fibroso.
- El establecimiento de un plan definido de zonas de inyección previene la fibrosis.
- La absorción del medicamento se realiza sin complicaciones en presencia de una piel y tejidos subcutáneos sanos y libres de inflamación o ulceración.
- Observar las reacciones del derechohabiente o usuario.
- Evitar la punción de vasos sanguíneos.
- Evitar punciones en zonas de ulceraciones o fibrosis.

**4.26 Administración por Vía Intravenosa.****Concepto:**

Es la introducción de sustancias medicamentosas al torrente circulatorio a través de las venas.

**Objetivo:**

Lograr que el fármaco se distribuya al sitio de acción en un tiempo corto.

**Principio:**

La corriente sanguínea es la vía de distribución más rápida y su circulación se efectúa en tres minutos.

**Material y Equipo:**

- Charola con equipo básico.
- Jeringas calibradas en décimas y centésimas de mililitro y agujas hipodérmicas calibre 26 ó 27.
- Torundas con alcohol.
- Ligadura.

- Bolsa para basura.

**Técnica:**

- Prepara el medicamento de acuerdo a las indicaciones de aplicación.
- Identifica al derechohabiente o usuario.
- Coloca al derechohabiente o usuario sentado o acostado.
- Selecciona la vena para punción:
  - En el brazo: Venas cefálica o basílica.
  - En la mano: Venas superficiales del dorso y cara lateral.
  - En el pie: Vena Pedia.
  - En el Cuello: Vena Yugular.
- Asea la región con torundas jabonosas y agua.
- Apoya sobre un plano resistente.
- Coloca la ligadura aproximadamente a diez centímetros por arriba del punto de punción de la vena elegida, o en su caso, hacer presión.
- Efectúa la asepsia de la región.
- Purga el aire de la jeringa e introducir la aguja con el bisel hacia arriba.
- Verifica que se haya puncionado la vena y que la aguja permanezca dentro de ella, aspirando un poco, después soltar la ligadura.
- Introduce lentamente la solución, efectuando aspiraciones, periódicas para mayor seguridad.
- Retira la aguja, coloca una torunda con alcohol en el sitio de la punción, presiona, desvía y solicita al derechohabiente o usuario que sostenga la torunda, si está en condiciones de hacerlo.
- Deja cómodo al derechohabiente o usuario.

**Medidas de Control y Seguridad:**

- Cerciorarse que la aguja esté en buen estado.
- Evitar el maltrato y desgarramiento de los tejidos en las punciones.
- Avisar al jefe inmediato o al médico en caso de dificultad para efectuar el procedimiento.
- Suspender la aplicación si hay infiltraciones.
- No introducir aire al torrente circulatorio.
- Realizar las diluciones correctas de acuerdo a cada medicamento.

- Pasar los medicamentos lentamente.
- Observar que el derechohabiente o usuario no presente reacciones secundarias.
- Utilizar equipo estrictamente estéril.
- Cualquier reacción de intolerancia (cianosis, mareo, sensación de quemadura, vómito.) exige la suspensión inmediata del medicamento.
- La introducción de fármacos por vía endovenosa.

#### **4.27 Administración por Venoclisis.**

##### **Concepto:**

Es la introducción de un líquido en forma continua al torrente circulatorio, a través de una vena en un tiempo determinado.

##### **Objetivo:**

Restablecer el balance hidroelectrolítico y contar con una vía permeable para administrar nutrientes y fármacos.

##### **Principios:**

- El goteo constante y uniforme evita alteraciones del trabajo cardíaco.
- Los factores que regulan la circulación sanguínea son volumen sanguíneo, resistencia periférica, distensibilidad de vasos sanguíneos y trabajo cardíaco.

##### **Material y Equipo:**

- Charola con:
- Solución prescrita, etiquetada con los datos siguientes:
  - Nombre del enfermo, número de cama, fecha, contenido (especificar cantidades, unidades de soluciones y dosis de fármacos), hora de inicio y término.
  - Lapso de perfusión.
  - Gotas programadas para pasar en un minuto.
  - Hora de terminación.
  - Nombre de la Enfermera que prepara y aplica la solución.
- Tira de horario de tela adhesiva.
- Equipo de venoclisis.
- Punzocat de calibres diferentes.
- Férula de acuerdo al tamaño del derechohabiente o usuario.
- Tripié en caso necesario.

- Sujetadores si así lo requiere el derechohabiente o usuario.
- Tijeras, pinzas y jeringa.
- Fijaciones.

**Técnica:**

- Se lava las manos.
- Prepara con técnica aséptica la solución con los fármacos prescritos.
- Instala el equipo de venoclisis en el frasco, purga el aire del tubo y cierra la llave reguladora.
- Adhiere al frasco la etiqueta membretada y la tira de horario.
- Prepara el equipo y traslada a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Coloca el frasco en un tripié a una altura mínima de 60 cm con relación al derechohabiente o usuario.
- Coloca al derechohabiente o usuario sentado o acostado.
- Selecciona la vena para punción.
- Asea la región con torundas jabonosas y agua.
- Apoya sobre un plano resistente.
- Coloca la ligadura aproximadamente a diez centímetros por arriba del punto de punción de la vena elegida, o en su caso, hacer presión.
- Efectúa la asepsia de la región.
- Introduce el punzocat con el bisel hacia arriba, una vez que se encuentre en la vena, se retira la guía y se deja únicamente el bisel de plástico.
- Conecta inmediatamente el equipo de venoclisis y permeabiliza la vena.
- Fija el catéter con tiras de tela adhesiva.
- Fija la férula con tiras de tela adhesiva para inmovilizar la región.
- Sujeta la férula a la cama de los derechohabientes o usuarios pediátricos o inconscientes.
- Gradúa el goteo a la velocidad programada.
- Da comodidad al derechohabiente o usuario.
- Anota en las telas adhesivas de la férula; la fecha y hora de instalación, y el nombre de la persona que efectuó el procedimiento.
- Vigila periódicamente la permeabilidad y el paso de la solución.

En caso de Retirar la Venoclisis:

- Traslada a la unidad del derechohabiente o usuario una charola con un recipiente con torundas alcoholadas.
- Cierra la llave reguladora, humedece las telas con alcohol y las despega con cuidado.
- Retira la guía y el catéter colocando una torunda alcoholada en el lugar de la punción: presiona ligeramente, solicita al derechohabiente o usuario, si es posible, retiene la torunda durante unos minutos.

#### **Medidas de Control y Seguridad:**

- Evitar la pérdida de sangre obturando el extremo distal del catéter.
- Avisar al Jefe inmediato en caso de dificultad durante cualquier etapa del procedimiento.
- Evitar que el tubo se doble, que el catéter se tape o que la fijación haga mayor presión de la necesaria.
- Identificar la presencia de alguna reacción local.
- Cambiar de sitio la venoclisis en caso de Flebitis.
- En caso de infiltración de solución se retirará inmediatamente.
- La comprensión de las fórmulas para el cálculo del goteo indicado de las soluciones por vía parenteral, evita alteraciones en la circulación sanguínea.
- Observar frecuentemente la venoclisis.
- La introducción de fármacos por vía intravenosa puede producir reacciones anafilactoideas rápidamente en individuos sensibilizados por reacción drástica y masiva antígeno-anticuerpo.
- Cualquier reacción de intolerancia exige la suspensión inmediata del medicamento.

#### **Cálculo de Gotas por Minuto:**

Goteo = (Mililitros / Horas) / Constante (Según el Equipo).

Ejemplo: Ministran 1000 ml en 8 hrs. (con equipo Baxter).

$1000 / 8 = 125$	$125 / 3 = 41 \text{ ó } 42 \text{ gotas por minuto}$
------------------	---

Equipo	Gotas por ml.	Constante
Abbot	25	2 - 4
Baxter	20	3
Microgotero	60	1

#### **4.28 Administración de Medicamentos por Vía Intramuscular.**

##### **Concepto:**

Procedimiento por el cual se introduce una sustancia inyectable en el tejido muscular.

##### **Objetivo:**

Lograr el efecto del fármaco en un tiempo relativamente corto.

##### **Principio:**

Los músculos están formados por grupos de fibras musculares que poseen una amplia red vascular, que favorece la absorción de los medicamentos en un tiempo relativamente corto.

**Material y Equipo:**

- Torundas con alcohol.
- Jeringas estériles graduadas en centímetros.
- Agujas de diferentes calibres.
- Bolsa para basura.

**Técnica:**

- Traslada el material y equipo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Coloca al derechohabiente o usuario en la posición adecuada, selecciona y descubre la región:
  - Cuadrante superior externo del glúteo.
  - Cara anterior del muslo.
  - Región deltoidea.
- Efectúa la asepsia de la región seleccionada.
- Fija la zona con los dedos pulgar e índice.
- Introduce la aguja en un solo movimiento, en un ángulo aproximado de 90° con relación al plano de la piel.
- Aspira con la jeringa, en presencia de sangre, desvía la aguja a otro sitio.
- Retira la aguja sin dejar de fijar la piel y coloca la torunda alcoholada en el sitio de la punción haciendo una ligera presión.
- Deja cómodo al derechohabiente o usuario.
- Observa al derechohabiente o usuario en busca de reacciones secundarias.

**Medidas de Control y Seguridad:**

- Evitar la punción de los vasos sanguíneos.
- El personal que aplique una inyección intramuscular debe saber cuál es exactamente la zona a puncionar para evitar lesionar vasos y nervios.
- En caso de que el derechohabiente o usuario presente síntomas de reacción anafiláctica, se debe notificar inmediatamente al médico encargado.

**4.29 Administración por Vía Ocular.****Concepto:**

Es la aplicación de una sustancia gota a gota en el ojo.

**Objetivo:**

Tratar las afecciones oculares y lubricar la córnea y la conjuntiva.

**Principio:**

La aplicación de solución o medicamentos en el ángulo o la comisura palpebral externa, permite su distribución sobre la superficie del globo ocular.

**Material y Equipo:**

- Charola para medicamentos.
- Soluciones prescritas con gotero o aplicador.
- Torundas de algodón.
- Pañuelos desechables.
- Bolsas de papel.

**Técnica:**

- Prepara el equipo y traslada a la unidad clínica, previa identificación y exploración del procedimiento.
- Coloca al derechohabiente o usuario sentado o acostado con la cabeza hacia atrás e indica que mantenga la vista hacia arriba si su edad y su estado general lo permiten, en caso contrario sujetar muy bien la cabeza.
- Limpia el ojo afectado con una gasa estéril del ángulo interno al externo.
- Llena el gotero con la solución prescrita o destapa la pomada prescrita.
- Separa y sostiene los párpados y aplica la cantidad de gotas indicadas, dirigiendo la punta del gotero hacia el ángulo interno inferior.
- Retira el excedente del medicamento o la lágrima con una gasa desde el conducto lagrimal hacia el ángulo externo.
- Indica al derechohabiente o usuario que cierre el ojo con suavidad; en caso de indicación médica, cubre el ojo.

**Medidas de Control y Seguridad:**

- Evitar que el medicamento sea absorbido por el conducto lagrimal.
- Cerciorarse que el medicamento que va a aplicarse sea el indicado.
- Evita que el goteo tenga contacto con el ojo.
- Evita estímulos bruscos de movimiento o ruido al derechohabiente o usuario con ojos vendados.
- Evita que el derechohabiente o usuario con dilatación pupilar camine solo.
- Abreviaturas:



- OD: Ojo Derecho.
- OI: Ojo Izquierdo.

#### **4.30 Administración por Vía Ótica.**

##### **Concepto:**

Es la aplicación de una sustancia medicamentosa en el conducto auditivo externo.

##### **Objetivo:**

Provocar una reacción local determinada con fines terapéuticos.

##### **Principio:**

La membrana timpánica, por sus características de inervación y de irrigación, es un método favorable para la absorción.

##### **Material y Equipo:**

- Charola para medicamentos.
- Soluciones prescritas con gotero o aplacador.
- Torundas de algodón.
- Pañuelos desechables.
- Bolsas de papel.

##### **Técnica:**

- Coloca al derechohabiente o usuario sentado o acostado con la cabeza hacia atrás y dejando el oído que se va a tratar, hacia arriba.
- Tira hacia arriba y hacia atrás el pabellón auricular con una mano y aplica la solución, procurando que resbale sobre la pared del conducto auditivo externo.
- Indica al derechohabiente o usuario que permanezca en esa posición durante tres minutos si la edad y las condiciones generales lo permiten, en caso contrario, sujeta la cabeza por el tiempo enunciado.
- Limpia con una gasa estéril el excedente del medicamento.

##### **Medidas de Control y Seguridad:**

- Evitar que el gotero tenga contacto con la piel.
- Evitar que la gota caiga directamente sobre el tímpano.
- Identificar la presencia de vértigo al levantarse el derechohabiente o usuario, y si es necesario auxiliar al derechohabiente o usuario.
- No se debe olvidar que la unidad sensitiva auditiva tiene relación con la audición y el sentido del equilibrio.
- Colocar en baño maría el medicamento cuando se prescriba tibio.

#### **4.31 Administración por Vía Nasal.**

##### **Concepto:**

Es la aplicación de una sustancia medicamentosa en las fosas nasales.

##### **Objetivo:**

Provocar una reacción local determinada.

##### **Principios:**

- La tracción del vértice de la nariz hacia arriba y atrás favorece la instilación de gotas en la cavidad nasal.
- La difusión del medicamento en cavidades se realiza en un tiempo relativamente corto.

##### **Material y Equipo:**

- Charola para medicamentos.
- Soluciones prescritas con gotero o aplicador.
- Torundas de algodón.
- Pañuelos desechables.
- Bolsas de papel.

##### **Técnica:**

- Traslada el equipo y material a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Coloca el derechohabiente o usuario acostado en decúbito dorsal, con la cabeza hacia atrás y en un nivel más bajo que la línea del cuerpo.
- Aplica la gota del medicamento en la fosa nasal indicada, procurando que resbale lentamente y pase por el cornete inferior.
- Pide al derechohabiente o usuario que permanezca en esta posición durante dos minutos, si la edad y las condiciones generales lo permiten, en caso contrario, inmoviliza la cabeza durante el tiempo indicado.
- Limpia y proporciona un pañuelo desechable al derechohabiente o usuario para retirar el excedente del medicamento.

##### **Medidas de Control y Seguridad:**

- Colocar al derechohabiente o usuario en posición adecuada para evitar derrames de las fosas.
- Realizar las diluciones correctas para evitar irritaciones de la mucosa nasal.
- En niños pequeños se debe observar signos que delaten presencia de cuerpo extraño.

#### **4.32 Aplicación de Frío como Agente Terapéutico.**

##### **Concepto:**

La aplicación del frío es una técnica que se utiliza como medida terapéutica en algunos padecimientos tales como contusiones, esguinces y distensiones y para detener hemorragias.

**Objetivo:**

Producir vasoconstricción de los vasos periféricos para reducir inflamación, provocar hipotermia y/o anestesia local.

**Principios:**

- La aplicación de frío extremo puede destruir el tejido si la aplicación se utiliza durante un tiempo largo.
- La evaporación reduce la temperatura corporal.
- El frío prolongado disminuye la actividad celular y el descenso de la temperatura corporal puede producir la muerte.
- El frío inhibe la formación y absorción de tóxicos bacterianos.

**Material y Equipo:**

- Equipo de termometría.
- Lebrillo con solución helada ó fría con hielos.
- Cubo de hielos.
- 2 toallas para fricción o afelpadas.
- Hule clínico.

**Técnica:****Aplicación de Bolsa con Agua Fría:**

- Se lava las manos.
- Prepara el equipo.
- Revisa la bolsa y que el tapón cierre perfectamente.
- Vierte el agua en la bolsa hasta las dos terceras partes de su capacidad.
- Coloca la bolsa sobre una superficie plana y purgarla del aire.
- Coloca y cierra el tapón, invierte la bolsa para cerciorarse que no hay fugas.
- Seca la superficie de la bolsa y la coloca dentro de la funda o cubierta.
- Traslada la bolsa a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Identifica al derechohabiente o usuario.
- Informa al derechohabiente o usuario sobre el procedimiento y los objetivos que se persiguen.

- Toma la temperatura y la registra en Hoja de Registros Clínicos de Enfermería, corre gráfica, observa pulso y respiración durante y después del tratamiento.
- Prepara físicamente al derechohabiente o usuario; describe la región, indicada que puede ser axila, ingles, cabeza y genitales.
- Deja cómodo al derechohabiente o usuario.
- Terminado el tiempo del procedimiento, retira la bolsa y le da los cuidados posteriores a su uso.

#### **Aplicación de Compresas Húmedo-Frías:**

- Se lava las manos.
- Prepara el equipo.
- Traslada a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Identifica al derechohabiente o usuario.
- Informa al derechohabiente o usuario sobre el procedimiento y los objetivos que se persiguen.
- Prepara físicamente al derechohabiente o usuario.
- Aísla y descubre la región indicada.
- Vierte el agua fría en un lavamanos.
- Toma los extremos del paño y los sumerge en el agua hasta que se sature.
- Exprime el paño perfectamente.
- Coloca el paño en la región indicada.
- Repite el procedimiento cuantas veces sea necesario.
- Al terminar el tratamiento retira los paños y da masaje.
- Deja cómodo al derechohabiente o usuario.
- Hace anotaciones en la Hoja de Enfermería: fecha, hora, tiempo de aplicación y reacción del derechohabiente o usuario.

#### **Medidas de Control y Seguridad:**

- Medir la temperatura corporal frecuentemente.
- Cerciorarse de que la bolsa se encuentre en buenas condiciones.
- Evitar que escurra agua al derechohabiente o usuario o a la cama.
- Vigilar la presencia de cambios de coloración en la piel.
- Evitar quemaduras al derechohabiente o usuario.

- Cambie el agua cuantas veces sea necesario.
- Vigile a derechohabiente o usuarios inconscientes, ancianos y niños.
- Observe continuamente el área de aplicación, verificar que no haya signos de circulación anormal cianosis, palidez o enrojecimiento de la zona.
- Evite que la bolsa se desplace.
- Antes, durante y después de hacer aplicaciones húmedas o secas, deberán buscarse signos y síntomas de trastornos de la piel o mucosa en especial en los casos siguientes:
  - Cuando el derechohabiente o usuario es de corta edad o anciano.
  - Cuando la piel es delicada o hipersensible.
  - Cuando existen trastornos circulatorios.
  - Cuando existen sustancias irritantes en la piel o mucosa (p. Ej.: sudor orina heces, secreciones gastrointestinales y varios tipos de exudado).

#### **4.33 Aplicación de Calor como Agente Terapéutico.**

##### **Concepto:**

Agentes físico locales que se aplican a una zona del cuerpo del derechohabiente o usuario para producir cambios en la temperatura tisular, locales o generales con objetivos terapéuticos.

##### **Objetivo:**

Producir vaso dilatación periférica, relaja al tejido muscular reduciendo el dolor, aumentando la temperatura corporal.

##### **Principios:**

- El calor dilata los cuerpos.
- La aplicación prolongada de calor destruye los tejidos.
- Proteger la individualidad del derechohabiente o usuario.
- Mantener las funciones fisiológicas normales.
- Proteger al derechohabiente o usuario de causas externas de enfermedad.

##### **Material y Equipo:**

- Equipo de termometría.
- Bolsa para agua caliente con llave o tapón de la misma.
- Funda o cubierta para bolsa.
- Agua caliente.
- Lámpara de pie.

- Bombilla para lámpara de pie (foco).
- Biombos.
- Frazadas o lienzos.

**Técnica:****Aplicación de Bolsa con Agua Caliente:**

- Se lava las manos.
- Prepara el equipo.
- Revisa la bolsa y que el tapón cierre perfectamente.
- Vierte el agua en la bolsa hasta las dos terceras partes de su capacidad.
- Coloca la bolsa sobre una superficie plana y purgarla de aire.
- Coloca y cierra el tapón, invierte la bolsa para cerciorar que no haya fugas.
- Seca la superficie de la bolsa y la coloca dentro de la funda o cubierta.
- Traslada la bolsa a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Identifica al derechohabiente o usuario.
- Informa al derechohabiente o usuario sobre el procedimiento y los objetivos que se persiguen.
- Toma temperatura y registra en Hoja de Registros Clínicos de Enfermería, corre gráfica, observa pulso y respiración durante y después del tratamiento.
- Prepara físicamente al derechohabiente o usuario, descubre la región indicada.
- Deja cómodo al derechohabiente o usuario.
- Terminado el tiempo del procedimiento, retira la bolsa y le da los cuidados posteriores a su uso.

**Aplicación de Calor Local Seco (Lámpara de Pie o Chicote):**

- Se lava las manos.
- Prepara el equipo y lo traslada a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Identifica al derechohabiente o usuario.
- Informa al derechohabiente o usuario sobre el procedimiento y los objetivos que se persiguen.
- Prepara físicamente al derechohabiente o usuario.
- Aísla y descubre la región indicada.
- Enciende la lámpara y la coloca a 50 cm. de altura.

- Hace anotaciones en la Hoja de Enfermería: fecha, hora, tiempo de aplicación y reacción del derechohabiente o usuario.

#### **Aplicación de Calor Húmedo a Través de Compresas Húmedo Calientes:**

- Se lava las manos.
- Prepara el equipo y lo traslada a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Identifica al derechohabiente o usuario.
- Informa al derechohabiente o usuario sobre el procedimiento y los objetivos que se persiguen.
- Prepara físicamente al del derechohabiente o usuario.
- Aísla y descubre la región indicada.
- Vierte el agua caliente en un lavamanos.
- Toma los extremos del paño y los sumerge en el agua hasta que se sature.
- Exprime el paño perfectamente.
- Coloca el paño en la región indicada.
- Cubre si es necesario y si se trata de una extremidad, venda sin comprimir.
- Repite el procedimiento cuantas veces sea necesario.
- Al terminar el tratamiento retira los paños y da masaje.
- Deja cómodo al derechohabiente o usuario.
- Hace anotaciones en la Hoja de Enfermería: fecha, hora, tiempo de aplicación y reacción del derechohabiente o usuario.

#### **Medidas de Control y Seguridad:**

- Medir la temperatura corporal frecuentemente.
- Cerciorarse de que la bolsa se encuentre en buenas condiciones.
- Evitar que escurra agua al derechohabiente o usuario o a la cama.
- Vigilar la presencia de rubor excesivo en la zona de aplicación del calor.
- Evitar quemaduras al derechohabiente o usuario.
- En caso de utilizar lámpara vigile que ésta permanezca entre 45 y 60 cms. de altura en relación al derechohabiente o usuario, así como toda la instalación y cable se encuentren en buenas condiciones.
- Si instala bolsa de agua caliente, cambie el agua cuantas veces sea necesario.
- Vigile a derechohabiente o usuarios inconscientes, ancianos y niños.

- Observe continuamente el área de aplicación.
- Evite que la bolsa se desplace.
- La lámpara se coloca a un lado del derechohabiente o usuario y no por encima, pues podría caerse.
- Nunca deberá colocarse debajo de la ropa de cama, pues podría provocar un incendio.
- Se recomienda que la duración sea de 15 a 20 min.

#### **4.34 Colocación del Cómodo.**

##### **Concepto:**

Son las maniobras que se realizan para ayudar al derechohabiente o usuario encamado para que efectúe sus funciones de eliminación intestinal o vesical.

##### **Objetivo:**

Facilitar o verificar la función de eliminación, así como cuantificar el volumen e identificar las características de las excretas de los derechohabientes o usuarios.

##### **Principio:**

El metabolismo de los alimentos y del agua produce residuos que el organismo desecha.

##### **Material y Equipo:**

- Cómodo con cubierta a elección.
- Rollo de papel sanitario.
- Toallas desechables.
- Guantes desechables.

##### **Técnica:**

- Se lava las manos antes y después del procedimiento.
- Prepara el equipo y lo acerca al derechohabiente o usuario.
- Coloca los guantes desechables.
- Explica al derechohabiente o usuario el uso del cómodo y le da privacidad.
- Cubre el cómodo con una toalla de papel desechable en la parte que queda en contacto con el derechohabiente o usuario.
- Eleva la cabecera de la cama si está permitido, o si así lo desea el derechohabiente o usuario.
- Sin descubrir en exceso al derechohabiente o usuario, sube el camisón, baja o quita los pantalones del pijama.
- Coloca el cómodo sobre el borde del colchón.



- Pide al derechohabiente o usuario que eleve su cadera, flexionando las rodillas, empujándose con los pies y apoyándose sobre los codos.
- Desliza el cómodo debajo de los glúteos del derechohabiente o usuario, procurando quede en buena posición.
- Cubre con la ropa de cama.
- Proporciona el papel sanitario y el timbre; en caso de ser posible lo deja solo.
- Limpia el área perianal si el enfermo no puede hacerlo.
- Para retirar el cómodo, pide al derechohabiente o usuario que eleve su cadera y sin descubrirlo, deslizar el cómodo hacia fuera, cubrirlo y colocarlo en la escalerilla.
- Da comodidad al derechohabiente o usuario con la cama arreglada.
- Observa en orina y materias fecales: cantidad, consistencia, olor, color; presencia de materias extrañas, pus, sangre, moco o parásitos.
- Retira el equipo y da los cuidados posteriores a su uso.
- Al terminar este procedimiento, lava las manos al derechohabiente o usuario y las propias.
- Hace los registros correspondientes.

**Medidas de Control y Seguridad:**

- Si es necesario, este procedimiento lo efectuarán dos personas.
- Observar si hay áreas enrojecidas y manejarlas como en la prevención para úlceras por decúbito.
- Evitar colocar el cómodo sobre el buró, o mesa-puente de la unidad del derechohabiente o usuario.
- Verificar la correcta instalación del cómodo para evitar que se humedezcan o ensucien las ropas de cama.
- Al terminar este procedimiento, invariablemente lavar las manos del derechohabiente o usuario y las propias.

**4.35 Colocación del Orinal.****Concepto:**

Son las maniobras que se realizan para ayudar al derechohabiente o usuario masculino, encamado a que efectúe sus funciones de eliminación vesical.

**Objetivo:**

Cuantificar el volumen y características de la orina excretada por el organismo.

**Principio:**

El metabolismo de las sustancias nutritivas y del agua produce residuos, que el organismo desecha.

**Material y Equipo:**

- Orinal.

- Cubrecómodo de material a elección.
- Papel sanitario.
- Guantes desechables.

**Técnica:**

- Se lava las manos.
- Se coloca los guantes desechables.
- Prepara el equipo y lo acerca al derechohabiente o usuario.
- Explica al derechohabiente o usuario y al familiar el uso del orinal.
- Respeta la individualidad del derechohabiente o usuario y le proporciona privacidad.
- Sin descubrir al derechohabiente o usuario, proporciona el orinal, o lo asiste en caso de imposibilidad para sostenerlo; separa un poco las piernas y coloca el orinal, verificando que esté bien apoyado sobre la cama.
- Proporciona el papel sanitario y timbre; de ser posible lo deja solo.
- Recibe o retira el orinal y lo cubre.
- Observa cantidad, olor, color, aspecto y presencia de materias extrañas.
- Retira el equipo y da los cuidados posteriores a su uso.
- Lava las manos del derechohabiente o usuario y las propias.
- Hace los registros de enfermería correspondientes.

**Medidas de Control y Seguridad:**

- Si es necesario este procedimiento lo debe efectuar la enfermera.
- Verificar la correcta instalación del orinal para evitar que se humedezcan las ropas de cama.
- Dejar cómodo y limpio al derechohabiente o usuario al término el procedimiento.

**4.36 Atención de la Náusea y el Vómito:****Concepto:**

Son las maniobras que se efectúan para la colección de sustancias expulsadas por la boca del derechohabiente o usuario, provenientes del estómago y/o Intestino alto.

**Objetivo**

Observar el volumen y características del contenido gástrico, que por alguna causa rechaza el estómago e intestino del derechohabiente o usuario.

**Principio:**

La causa del vómito puede conocerse si se valoran sus características.

**Material y Equipo:**

- Recipiente en forma de riñón.
- Toallas o pañuelos desechables.
- Vaso con agua.

**Técnica:**

- Se lava las manos.
- Prepara el equipo con anticipación, valora al derechohabiente o usuario.
- Atiende y maneja de inmediato al derechohabiente o usuario, acercando el recipiente en forma de riñón.
- Durante el vómito, presta la ayuda necesaria y tranquiliza al derechohabiente o usuario.
- Retira el recipiente en forma de riñón y observa su contenido, cantidad, olor, color, aspecto, hora, frecuencia y presentación.
- Ayuda al derechohabiente o usuario a enjuagarse la boca.
- Da comodidad al derechohabiente o usuario y lo deja limpio.
- Retira el equipo y da cuidados posteriores a su uso.
- Hace los registros de enfermería correspondiente.

**Medidas de Control y Seguridad:**

- En presencia de vómito evitar la broncoaspiración, proporcionando al derechohabiente o usuario la adecuada posición y protección.
- Efectuar el aseo bucal posterior al vómito, siempre que el estado del derechohabiente o usuario lo permita.
- Realizar el cambio de ropa que sea necesario.

**4.37 Contención Total de Derechohabientes o Usuarios.****Conceptos:**

- Son las acciones que lleva a cabo el personal de enfermería para inmovilizar la totalidad de los planos del cuerpo, miembros superiores, cintura y miembros inferiores de un derechohabiente o usuario.
- Son medidas que utiliza el personal de enfermería para preservar la integridad de un derechohabiente o usuario.

**Objetivos:**

- Contener al derechohabiente o usuario para fomentar su curación o coadyuvar en su tratamiento.
- Colocar al derechohabiente o usuario en posición cómoda y apropiada evitando su daño.

- Brindar seguridad al derechohabiente o usuario, a su familia y al equipo de salud.

**Principios:**

- Los nervios sensitivos cutáneos abundan en la piel y perciben el dolor, calor, frío y otros estímulos.
- El color de la piel varía con su vascularidad, por ejemplo, el color rojo escarlata indica aumento de flujo sanguíneo en los vasos dilatados; si la piel es de color rosado o pálido, señala que los vasos superficiales se encuentran en constricción.
- La continuidad de la piel puede romperse por medios físicos, químicos y mecánicos.
- La fricción y fuerza que se opone al movimiento entre dos superficies en contacto, está causada por irregularidades que pueden disminuir; por ejemplo, tensando las superficies o separándolas.
- El uso adecuado de la mecánica corporal permite realizar trabajos intensos con esfuerzos mínimos y con un máximo de seguridad.
- Un individuo reacciona ante una situación o suceso según lo percibe, cualquiera que sea la realidad de dicha situación.

**Material y Equipo:**

- Sábanas tamaño estándar.
- Vendas elásticas de 10 cm.
- Apósitos de 8 X 5 cm.
- Algodón o guata.
- Tela adhesiva de 5 cms. de ancho.

**Técnica:****Sujeción de la Cintura:**

- Prepara la unidad del derechohabiente o usuario, el equipo y material necesario.
- Revisa que la unidad del derechohabiente o usuario se encuentre limpia, en orden y con el equipo necesario.
- Revisa la piel en los planos del abdomen en los que se realizará la contención, con el fin de detectar la posible presencia de excoriaciones, hematomas y heridas.
- Acuesta al derechohabiente o usuario en decúbito dorsal.
- Toma la sábana estándar y la enrolla colocándola por debajo de la cintura del derechohabiente o usuario.
- Entrelaza la sábana en el abdomen del derechohabiente o usuario y la sujeta por ambos extremos de la sábana, a los costados del tambor, tensándola ligeramente.

**Contención de Extremidades Superiores:**

- Prepara el siguiente material: vendas elásticas, apósitos y tela adhesiva.

- Revisa la piel en los planos de las extremidades superiores donde se realizará la contención, para detectar la posible presencia de excoriaciones, hematomas o heridas.
- Coloca de forma circular dos apósitos con la venda elástica en las articulaciones radiocubital.
- Forra de forma circular los apósitos que se encuentran encima de la venda elástica, para inmovilizar la articulación radiocubital con tela adhesiva.
- Une los dos extremos de la venda elástica y hace un nudo sobre la tela adhesiva aplicada sobre los apósitos de manera circular.
- Anuda en el extremo lateral del tambor de la cama, ligeramente tenso, buscando la forma de inmovilizar el brazo, sin causar problemas circulatorios en el mismo.
- Sujeta ambos extremos de la venda elástica.

#### **Contención de Extremidades Inferiores:**

- Prepara el siguiente material: vendas elásticas, apósitos y tela adhesiva.
- Revisa la piel en los planos de las extremidades inferiores en donde se va a realizar la sujeción, para detectar la posible presencia de excoriaciones, hematomas, heridas, fracturas recientes o luxaciones.
- Coloca de forma vertical una venda elástica doble sobre el pie, siguiendo el plano del mismo.
- Coloca de forma circular dos apósitos encima de la venda elástica, en la articulación tibioastragalina.
- Une ambos extremos de la venda elástica hacia arriba y hace un nudo encima de la tela adhesiva aplicada sobre el apósito.
- Sujeta ambos extremos de la venda elástica a los costados del tambor de la cama, tensándola ligeramente para inmovilizar el pie, pero sin causar problemas circulatorios en el mismo.

#### **Medidas de Control y Seguridad:**

- Una vez valorada la necesidad de aplicar esta técnica, se debe fundamentar en la conducta del derechohabiente o usuario, la posibilidad de planear que pasos seguir para cambiarla y por qué es necesario aplicarla, en donde se hace necesaria la prescripción médica por escrito.
- Examine al derechohabiente o usuario para determinar si la colocación de la sujeción es adecuada, de acuerdo a la norma establecida en la unidad hospitalaria, los aspectos legales o con mayor frecuencia, si su estado emocional lo justifica.
- Vigilar constantemente la integridad cutánea, colocación, pulsos, sensibilidad y la temperatura de la piel.
- Una sujeción que queda floja no cumple con su objetivo y lesiona la piel, por el roce continuo.
- Los dispositivos de restricción demasiado ceñidos trastornarán la circulación.
- Verifique los dispositivos y las extremidades cada quince minutos para impedir la irritación de la piel.
- Coloque suficientes cojines bajo las prominencias óseas, como tobillos y muñecas.
- Retire el dispositivo de sujeción a intervalos específicos, mínimo 30 minutos cada 2 horas, dependiendo del estado de conciencia del derechohabiente o usuario para permitir el movimiento de la extremidad.

- Si es posible antes de volver a colocar la sujeción, realice ejercicios de la gama de amplitud de movimientos para estimular la circulación y evitar contracturas.
- Cuando se quiten los dispositivos, observe las extremidades para descubrir cualquier signo de enrojecimiento, edema o equimosis.
- Inmediatamente después de haber aplicado la sujeción, valore la circulación de las extremidades del derechohabiente o usuario.
- Afloje la sujeción cuando sea necesario.
- Coloque el timbre de llamada de forma de que el derechohabiente o usuario pueda alcanzarlo con facilidad.
- En la hoja de registro de enfermería realice las anotaciones pertinentes como son:
  - Tipo de sujeción.
  - Las veces que la ha aplicado y retirado.
  - La conducta del derechohabiente o usuario después de haberla aplicado.
- Al sujetar al derechohabiente o usuario se debe impedir la compresión excesiva para no entorpecer la circulación, dando lugar a isquemias y cuadros severos.
- Los trastornos de conducta que manifieste el derechohabiente o usuario, determinarán el tipo de sujeción a que debe someterse.
- En caso necesario, sujetar al derechohabiente o usuario rápidamente, con la cooperación de varios miembros del equipo multidisciplinario de salud.
- No golpear al derechohabiente o usuario y evitar que se lastime con el mobiliario.
- Proporcionar vigilancia estrecha al derechohabiente o usuario, manteniéndolo en la cama más próxima al control de enfermería.
- Detectar los posibles signos y síntomas de lesión en la piel como son: cambios de coloración, vesículas, pápulas y excoriaciones.
- Vigilar el grado de conciencia del enfermo, ya que la sujeción es una medida transitoria y debe retirarse cuando el derechohabiente o usuario cambie su conducta.
- No movilizar miembros superiores o inferiores que estén débiles o paralizados.
- No colocar la sujeción por encima de un dispositivo de acceso vascular, como por ejemplo; una vía intravenosa o un “shunt” arteriovenoso para diálisis.
- No amarre la sujeción de la barandilla lateral de la cama, ya que al bajarla podría lesionar al derechohabiente o usuario.
- Cuidar de no amarrar la sujeción demasiado fuerte, previniendo un problema vascular o una lesión neurovascular.
- El uso de dispositivos de contención puede tener connotaciones negativas para el derechohabiente o usuario, por lo que se le debe dar una explicación cuidadosa y adecuada en forma amable y objetiva, antes de aplicar dicha técnica.
- En la sujeción de la cintura, se debe verificar que la derechohabiente o usuaria no esté embarazada.

- En la sujeción de la cintura, se debe verificar que los derechohabientes o usuarios no tengan problemas gastrointestinales.
- Las contraindicaciones para la aplicación de esta técnica son:
  - Insuficiencia respiratoria.
  - Trastornos circulatorios.
  - Fracturas.
  - Ansiedad o angustia.

## **5. ANEXOS**

### **5.1 Unidad del Derechohabiente o Usuario.**

#### **Concepto:**

Es el área física donde se encuentran las instalaciones necesarias para la atención de un solo derechohabiente o usuario durante su hospitalización.

#### **Objetivo:**

Proporcionar al usuario un lugar específico confortable, estético, limpio y seguro durante su estancia hospitalaria para su tratamiento y recuperación.

#### **Principios:**

- La limpieza y el orden propician un ambiente agradable que da seguridad y confianza a los usuarios que se encuentran hospitalizados y coadyuvan a su recuperación.
- Un ambiente agradable y limpio favorece la adaptación del usuario a un medio extraño que se encuentran hospitalizados y coadyuvan a su recuperación.

#### **Mobiliario y Equipo:**

##### **Para Adultos:**

- Cama tipo hospital.
- Colchón con funda protectora.
- Cojín.
- Ropa de cama:
  - Dos sábanas estándar.
  - Una sábana clínica.
  - Un hule clínico.
  - Un cobertor.

- Una colcha.
- Una funda.
- Buró.
- Silla.
- Escalerilla o banco de altura.
- Mesa puente.
- Jarra y vaso para agua.
- Cómodo, orinal y recipiente en forma de riñón.
- Línea de llamada, timbres o señales.
- Lámpara individual.
- Toma de oxígeno y aire (presión y succión).
- Porta sueros (empotrados o tripies).
- Cesto para basura protegido con bolsa de plástico.
- Biombo o cortina.

**Pediátricas:**

- Cama pediátrica o cuna.
- Colchón con funda protectora.
- Ropa para cama:
  - Dos sábanas.
  - Una sábana clínica.
  - Un hule clínico.
  - Un cobertor (opcional).
  - Una colcha (opcional).
  - Una toalla (opcional).
- Buró opcional.
- Silla.
- Escalerilla o banco de altura (opcional).



- Mesa puente (opcional).
- Bolsa de papel para desperdicios.
- Cómodo, orinal y recipiente en forma de riñón.
- Toma de oxígeno.
- Toma de aire (presión y succión).
- Lámpara individual.
- Sistema de llamado.

#### **Aseo de la Unidad del Derechohabiente o Usuario:**

Este procedimiento es efectuado por el personal de intendencia.

#### **Medidas de Control y Seguridad:**

- Verifica que el personal de intendencia realice el aseo correcto de la unidad siguiendo las reglas.
- De arriba hacia abajo.
- De lo distal a lo proximal.
- De la cabecera a la piesera.
- Del centro a la periferia.
- De lo limpio a lo sucio.
- Informar cuando la cama se encuentre en malas condiciones u ofrezca peligro para el derechohabiente o usuario.
- El aseo de la cama se hace:
  - Cuantas veces se estime necesario.
  - Cada vez que un derechohabiente o usuario sea dado de alta.
  - Cada ocho días cuando no se use.
- Extremar las precauciones con derechohabiente o usuarios infecciosos o prematuros.
- El colchón deberá tener cuidados especiales (informar sí el colchón está húmedo o deteriorado).
- El agua de la jarra debe controlarse por dos razones: limpieza y control de líquidos.
- Informar si hay insectos o parásitos.
- Informar de deterioros o faltantes.
- Evitar asear la unidad del derechohabiente o usuario mientras éste toma sus alimentos o se realiza una curación.

#### **5.2 Preparación de la Cama del Derechohabiente o Usuario.**

**Concepto:**

Son las maniobras que se efectúan para vestir o cambiar la ropa de la cama, cuna o incubadora, con o sin derechohabiente o usuario.

Existen diferentes tipos de preparación de la cama del derechohabiente o usuario:

- Cerrada. Cuando no está asignada a ningún derechohabiente o usuario.
- Abierta. El derechohabiente o usuario no se encuentra en la cama (porque deambula).
- De anestesia. Cuando el derechohabiente o usuario ha sido sometido a algún procedimiento quirúrgico durante el cual el derechohabiente o usuario ha sido anestesiado.
- Ocupada. Cuando el derechohabiente o usuario se encuentra ocupando en ese momento la cama.

**Objetivo:**

Ofrecer bienestar físico y mental al derechohabiente o usuario a través de un ambiente agradable y comfortable.

**Principios:**

- La limpieza de los artículos en contacto con el derechohabiente o usuario, disminuye el riesgo de contaminación intrahospitalaria.
- El descanso físico proporciona relajación muscular.

**Material y Equipo:**

- Carro con ropa limpia conteniendo:
  - Fundas para cojín.
  - Colchas.
  - Cobertores (opcional).
  - Sábanas estándar.
  - Sábanas clínicas.
- Hules clínicos.
- Un tánico para ropa sucia.

**Cama Cerrada:**

Primer tiempo:

- Lavarse las manos y preparar el equipo.
- Llevar el equipo a la unidad del derechohabiente o usuario y colocarlo sobre la silla en orden de uso.
- Retirar las ropas de la cama, doblarlas y depositarlas en el tánico, hacer limpieza de la parte expuesta del colchón.

- Colocar la sábana base longitudinalmente a la mitad del colchón; centrarla y dejarla lo suficientemente para introducirla debajo del colchón en la cabecera y hacer la cartera; la otra mitad de la sábana quedará doblada en acordeón en el centro del colchón.
- Colocar el hule clínico en el tercio medio de la cama, la mitad del mismo queda en el centro doblado en acordeón.
- Colocar la sábana clínica sobre el hule, e introducir los bordes superior o inferior debajo del mismo; estirar lateralmente la sábana clínica y hule e introducirlos bajo el colchón, junto con la sábana base.
- Pasar al otro lado de la cama.
- Estirar la sábana base, hacer cartera superior e introducir bajo el colchón los demás bordes, junto con el hule y la sábana clínicos.
- Pasar al otro lado de la cama.

#### Segundo Tiempo:

- Colocar la sábana superior en el borde superior del colchón, la mitad de la sábana quedará en acordeón en el centro de la cama.
- Colocar el cobertor a 25 cm. abajo del borde superior del colchón, la mitad quedará en el centro de la cama.
- Hacer con la sábana dos dobleces sobre sí misma, sobre el borde superior del cobertor.
- Colocar la colcha a nivel del borde superior del colchón; introducir la parte inferior de las tres piezas abajo del borde inferior del colchón y hacer la cartera.
- Pasar al otro lado de la cama.
- Restirar toda la ropa, introducir el sobrante debajo de la piecera y hacer la cartera.
- Poner funda al cojín y colocarlo en la cabecera.

#### **Cama Abierta:**

##### Primer tiempo:

- Lavarse las manos y preparar el equipo.
- Llevar el equipo a la unidad del derechohabiente o usuario y colocarlo sobre la silla en orden de uso.
- Retirar las ropas de la cama, doblarlas y depositarlas en el tánico, hacer limpieza de la parte expuesta del colchón.
- Colocar la sábana base longitudinalmente a la mitad del colchón; centrarla y dejarla lo suficientemente para introducirla debajo del colchón en la cabecera y hacer la cartera; la otra mitad de la sábana quedará doblada en acordeón en el centro del colchón.
- Colocar el hule clínico en el tercio medio de la cama, la mitad del mismo queda en el centro doblado en acordeón.
- Colocar la sábana clínica sobre el hule, e introducir los bordes superior o inferior debajo del mismo; estirar lateralmente la sábana clínica y hule e introducirlos bajo el colchón, junto con la sábana base.
- Pasar al otro lado de la cama.

- Estirar la sábana base, hacer cartera superior e introducir bajo el colchón los demás bordes, junto con el hule y la sábana clínica.
- Pasar al otro lado de la cama.

Segundo tiempo:

- Colocar la sábana superior en el borde superior del colchón, la mitad de la sábana quedará en acordeón en el centro de la cama.
- Colocar el cobertor a 25 cm. abajo del borde superior del colchón, la mitad quedará en el centro de la cama.
- Colocar la colcha de tal manera que su borde superior pueda doblarse debajo del cobertor para cubrirlo.
- Hacer con la sábana dos dobleces sobre sí misma (cortesía) cubrir colcha y cobertor.
- Hacer la cartera en la piecera con las tres piezas juntas.
- Pasar al otro lado de la cama y hacer lo mismo.
- Con toda la ropa superior se hará una cartera, de la manera siguiente.
- La extremidad superior se lleva hasta el borde inferior del colchón.
- Nuevamente se lleva la ropa hacia el borde superior del colchón.
- El segundo dobléz se lleva hacia el borde inferior del colchón.
- La ropa colgante de los lados se introduce debajo del colchón.
- Poner funda al cojín y colocarlo de la manera indicada en la cama cerrada.

#### **Cama de Anestesia:**

- Lavarse las manos y preparar el equipo.
- Llevar el equipo a la unidad del derechohabiente o usuario y colocarlo sobre la silla en orden de uso.
- Retirar las ropas de la cama, doblarlas y depositarlas en el tánico, hacer limpieza de la parte expuesta del colchón.
- Colocar la sábana base longitudinalmente a la mitad del colchón; centrarla y dejarla lo suficientemente para introducirla debajo del colchón en la cabecera y hacer la cartera; la otra mitad de la sábana quedará doblada en acordeón en el centro del colchón.
- Colocar el hule clínico en el tercio medio de la cama, la mitad del mismo queda en el centro doblado en acordeón.
- Colocar la sábana clínica sobre el hule, e introducir los bordes superior o inferior debajo del mismo; estirar lateralmente la sábana clínica y hule e introducirlos bajo el colchón, junto con la sábana base.
- Colocar la toalla afelpada en la cabecera del colchón, retirar el cojín.
- Colocar la sábana superior, cobertor y colcha igual que en la cama abierta y sin fijarlas en la piecera.

- Doblar las ropas que sobresalen de la piecera de la cama sobre ésta, de manera que queden a nivel del borde inferior del colchón.
- Doblar los ángulos de las ropas de cama hacia adentro y hacia arriba, del lado donde va a entrar la camilla.
- Doblar las tres piezas de ropa, llevándola hacia el borde lateral del colchón, del lado opuesto, regresarla hacia el centro y así sucesivamente, para formar un acordeón.
- Colocar la bandeja en forma de riñón y pañuelos desechables sobre el buró.
- Colocar el tripié a un lado de la cama.
- Ya instalado el derechohabiente o usuario, inmediatamente se colocarán los barandales laterales.
- Usar el sujetador en caso necesario.

**Cama Ocupada:**

- Preparar el equipo y llevarlo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Aflojar las ropas de cama.
- Retirar la colcha, si se va a cambiar colocarla en el tánico.
- Retirar al cobertor y colocarlo en la silla.
- Retirar el cojín o deslizarlo hacia el lado distal; si se retiró quitar la funda, doblarla y depositarla en el tánico y el cojín en la silla.
- Dejar cubierto al derechohabiente o usuario únicamente con la sábana superior.
- Movilizar al derechohabiente o usuario y ayudarlo a deslizarse hacia el borde distal, vigilar que pueda apoyarse o detenerse.
- Doblar en acordeón hacia la línea media de la cama: sábana clínica, hule (previa limpieza) y sábana base.
- Colocar la sábana base, para cubrir el colchón, siguiendo las mismas reglas.
- Colocar o estirar el hule y la sábana clínica siguiendo las mismas reglas.
- Cambiar el camisón del derechohabiente o usuario hasta la mitad.
- Colocar la sábana superior, deslizando la sucia lentamente.
- Deslizar o ayudar al derechohabiente o usuario a pasar al lado limpio de la cama.
- Pasar al otro lado.
- Terminar de poner el camisón.
- Retirar la ropa sucia (limpiar el hule), doblarla y depositarla en el tánico.
- Estirar la ropa de la cama, hacer la cartera.

- Colocar al derechohabiente o usuario en el centro de la cama.
- Pasar al otro lado de la cama.
- Colocar el cobertor a 25 cm. por debajo del borde superior del colchón, de manera que cubra los hombros del derechohabiente o usuario.
- Colocar la colcha a nivel de la sábana e introducir el borde superior debajo del cobertor.
- Doblar sobre sí misma la sábana superior, haciendo dos dobleces para cubrir cobertor y colcha.
- Estirar las tres piezas.
- Pasar al otro lado de la cama.
- Introducir el borde superior de la colcha bajo el cobertor.
- Doblar sobre sí misma la sábana superior mediante dos dobleces para cubrir colcha y cobertor.
- Estirar las tres piezas hacia los pies y hacer un pliegue de 10 cm. antes de fijarlas al colchón.
- Hacer la cartera del mismo lado.
- Pasar al otro lado de la cama y hacer la cartera.
- Poner la funda al cojín y colocarlo al derechohabiente o usuario.

**Medidas de Control y Seguridad:**

- Revisar que la ropa de cama siempre esté limpia.
- Evitar el uso de ropa húmeda, deteriorada (descosida o rota) y/o sucia.
- Evitar que la ropa de cama toque el piso durante el procedimiento.
- Manipular la ropa sucia doblada de manera que no suelte pelusa, migajas y basura.
- No utilizar la ropa para limpieza.

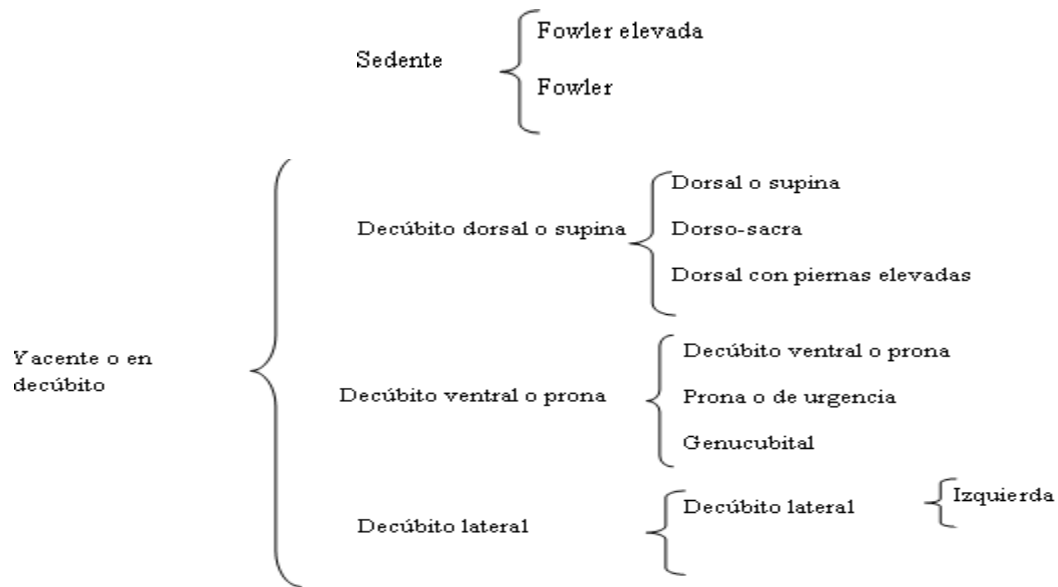
**5.3 Posiciones para el Derechohabiente o Usuario.****Concepto:**

Es la colocación específica del derechohabiente o usuario para un objetivo determinado de comodidad, diagnóstico o terapéuticas.

**Objetivo:**

Mantener el funcionamiento corporal en equilibrio de los sistemas: Circulatorio, Respiratorio, Urinario y Músculo-Esquelético.

- Esta tiene a su vez, variaciones diversas.



### Posición Anatómica:

Alineación de segmentos corporales en sentido vertical con extremidades superiores a los lados del cuerpo, manos en pronación, cabeza recta y pies dirigidos hacia delante. Los pies pueden tener diferente separación según el caso.

### Objetivos:

- Valoración de conformación exterior.
- Definición de planos corporales.
- Reducción de tensión excesiva sobre articulaciones que soportan el peso corporal.

### Posición Fowler Elevada:

Derechohabiente o usuario sentado en silla o cama con el tronco en posición vertical y extremidades interiores apoyados sobre un plano resistente.

### Objetivos:

- Exploración física de región anterior del cuerpo.
- Alimentación.
- Favorecer exhalación respiratoria adicional.
- Disminuir tensión muscular abdominal y lumbar.
- Aplicación de algunos tratamientos o intervenciones quirúrgicas en cabeza o cara.
- Descanso.

### Posición Fowler:

Derechohabiente o usuario sentado en cama con elevación de la cabecera a 45° y ligera flexión de extremidades inferiores.

**Objetivos:**

- Similares a la anterior a excepción de la tercera indicación.
- Favorece la respiración.

**Posición Semi Fowler:**

Derechohabiente o usuario sentado cama con elevación de la cabecera a 30° y ligera flexión de extremidades inferiores.

**Objetivos:**

Similares a la posición Fowler.

**Yacente o en Decúbito.****Decúbito Dorsal o Supina:**

Derechohabiente o usuario acostado sobre su región posterior, extremidades superiores a los lados del cuerpo y las inferiores ligeramente flexionadas.

**Objetivos:**

- Exploración física de región anterior del cuerpo.
- Relajación muscular.
- Aplicación de tratamientos específicos en región anterior del cuerpo.
- En laparotomías.

**Dorsosacra:**

Derechohabiente o usuario en decúbito dorsal o espina con separación de rodillas y pies apoyados sobre un plano resistente.

**Objetivo:**

Similares a las anteriores.

**Dorsal con Piernas Elevadas:**

Derechohabiente o usuario en decúbito dorsal o supina con extremidades inferiores elevadas sobre almohadas o piecera de la cama.

**Objetivo:**

Favorecer relajación muscular, disminuir edema de extremidades inferior.

**Ginecológica o Litotomía:**

Derechohabiente o usuario en decúbito dorsal con región glútea apoyada en el borde de la mesa de exploración, extremidades inferiores flexionadas y separadas por medio de pierneras.

**Objetivos:**



- Facilitar el parto.
- En intervenciones médicas y quirúrgicas de órganos pélvicos.

**Rossier:**

Derechohabiente o usuario en decúbito dorsal con almohada por debajo de los hombros para producir hipertensión de cuello.

**Objetivos:**

- Favorecer la ventilación pulmonar.
- Exploración e intervenciones quirúrgicas en cuello.

**Trendelenburg:**

Derechohabiente o usuario en decúbito dorsal con elevación de piecera de cama entre 30 a 45°, de tal manera que la cabeza se encuentre en un plano más bajo que los pies.

**Objetivos:**

- Favorecer drenaje postural.
- Incrementar riego sanguíneo cerebral.
- Intervención quirúrgica de vejiga y colon.

**Decúbito Ventral o Prona:**

Derechohabiente o usuario acostado sobre región anterior del cuerpo, cabeza de lado, extremidades superiores en extensión a los lados del cuerpo y las inferiores en extensión.

**Objetivos:**

- Exploración de región posterior del cuerpo.
- Aplicación de tratamientos en región posterior del cuerpo.
- Recuperación post anestésica.

**Prona de Urgencia:**

Derechohabiente o usuario en decúbito ventral con cabeza fuera del borde de la cama y extremidad superior correspondiente, sobre un banco de altura.

**Objetivos:**

- Evitar bronco aspiración por expulsión de vómito en proyectil o secreciones de vías respiratorias.
- Favorecer drenaje postural.

**Genucubital:**

A partir de la posición prona, el derechohabiente o usuario descansa sobre brazos y rodillas, con la cabeza de lado.

**Objetivos:**

- Exploración de región pélvica.
- Exploración sigmoidoscópica.

**Genupectoral o de Bozeman:**

A partir de la posición prona, el derechohabiente o usuario descansa sobre la cara anterior de tórax y rodillas; cabeza lateral y las extremidades superiores alrededor de ésta.

**Objetivo:**

Similares a la anterior.

**De Kraske o Navaja sevillana:**

Derechohabiente o usuario en decúbito ventral con inclinación de muslos formando un ángulo de 90° y piernas apoyadas sobre la parte inferior de la mesa de exploración. Inclina parte superior de la mesa de tal forma que las caderas queden más elevadas que el cuerpo.

**Objetivos:**

- Exploración en intervenciones quirúrgicas en recto.
- Aplicación de tratamientos en recto.

**Decúbito Lateral:**

Derechohabiente o usuario acostado sobre lado derecho o izquierdo, extremidades superiores en ligera flexión y la inferior de lado opuesto ligeramente flexionada sobre la otra.

**Objetivos:**

- Favorecer la relajación muscular.
- Recuperación post anestésica.
- Aplicación de varios tratamientos.

**De Sims:**

Derechohabiente o usuario en decúbito lateral izquierdo con extremidades superiores ligeramente flexionadas, extremidad inferior izquierda ligeramente flexionada y la derecha flexionada hasta casi tocar el abdomen.

**Objetivos:**

- Aplicación de enemas.
- Exploración de recto.
- Relajación muscular.

**5.4 Admisión del Derechohabiente o Usuario.**

**Concepto:**

Son las acciones que lleva a cabo el personal de Enfermería, cuando un derechohabiente o usuario ingresa a cualquier servicio de una Institución de atención médica para su observación, diagnóstico o tratamiento.

**Acciones de Enfermería durante el Ingreso del derechohabiente o usuario:**

Las actividades administrativas realizadas al ingreso del derechohabiente o usuario varían de acuerdo al tipo de unidad médica, pero generalmente se consideran los requisitos relacionados a vigencia de derechos, horario de ingreso, autorización de internamiento o cumplimiento en elementos administrativos para abrir el expediente clínico correspondiente.

Estas actividades las realiza el personal administrativo en el servicio de administración hospitalaria de la institución correspondiente. Cuando el personal médico haya determinado la hospitalización del derechohabiente o usuario, mediante una valoración del estado de salud en la sección médica, se deberá canalizar el servicio correspondiente que garantice atención a sus necesidades o problemas, así como a su padecimiento mediante la utilización de recursos adecuados y específicos.

**Objetivo:**

Proveer una atención de calidad al derechohabiente o usuario hospitalizado, con base en el respeto a sus derechos y satisfacción de necesidades básicas.

**Principios:**

- Una situación desconocida, provoca en el derechohabiente o usuario una reacción de ansiedad o miedo.
- La confianza hacia los demás, aumenta cuando existe interrelación y se manifiesta interés por el bienestar físico, psíquico y social del individuo.

**Técnica:**

- Revisa que la unidad del derechohabiente o usuario se encuentre limpia, en orden y con el equipo necesario, al recibir el aviso de internamiento.
- Recibir al derechohabiente o usuario y al familiar con cortesía y respeto.
- Recibir del personal de admisión, la pulsera de identificación del derechohabiente o usuario, así como el expediente clínico, verificando que esté completo y en orden.
- Firma de recibido en la libreta de admisión, la entrega del expediente clínico.
- Trasladar al derechohabiente o usuario a su cama, presentarle a sus compañeros y al personal que intervenga en su atención.
- Recibir del derechohabiente o usuario o familiar, los objetos de uso personal (peine, cepillo dental, pañuelos desechables, etc.).
- Cambiar al derechohabiente o usuario su ropa de calle por la ropa hospitalaria.
- Entregar la ropa, pertenencias y valores a los familiares o a la Trabajadora Social.
- Verificar que los datos de la pulsera de identificación, concuerden con el expediente clínico, y colocársela al derechohabiente o usuario.

- Orientar al derechohabiente o usuario y familiar, respecto a:
  - La comunicación con el personal de enfermería por medio del timbre o interfón, el manejo y uso de la lámpara de noche y la ubicación de los mismos.
  - Los sitios para guardar sus objetos de uso personal y la localización de los servicios sanitarios.
- Revisar las condiciones y el estado general del derechohabiente o usuario.
- Tomar y registrar los signos vitales.
- Comunicar al médico del ingreso del derechohabiente o usuario y el estado de salud del mismo.
- Auxiliar al médico en la exploración del derechohabiente o usuario.
- Cumplir con las indicaciones médicas.
- Comunicar al servicio de Dietología, el ingreso del derechohabiente o usuario, por medio de la solicitud de dietas, registrando en ésta, el tipo de dieta indicado.
- Elaborar las notas y registros de enfermería.

**Medidas de Control y Seguridad:**

- El manejo del derechohabiente o usuario inconsciente o politraumatizado, debe realizarse con los cuidados específicos preestablecidos.
- Tener control de las pertenencias del derechohabiente o usuario.

**5.5 Egreso del Derechohabiente o Usuario.****Concepto:**

Son las acciones que se realizan para dar de alta formalmente al derechohabiente o usuario por mejoría, voluntario, por fuga o por defunción.

**Objetivo:**

Reintegrar al derechohabiente o usuario a su medio familiar satisfecho por la atención médica y la orientación otorgadas tanto a él como al familiar; así como facilitarle a este los trámites administrativos a realizar.

**Principio:**

El trato amable, cortés y humano del derechohabiente o usuario ratifica el prestigio y la confianza de la familia y comunidad en la Institución.

**Técnica:**

Los procedimientos técnicos y administrativos que se efectúan cuando el derechohabiente o usuario abandona el hospital son de acuerdo al tipo de egreso.

**Egreso por Mejoría:**

- Es el alta del derechohabiente o usuario de una institución de salud cuando su recuperación es satisfactoria. La función del personal de enfermería consiste en facilitar los trámites técnicos-administrativos al derechohabiente o usuario y familiares, para lo cual se requiere el expediente clínico, de la ropa del derechohabiente o usuario y de la silla de ruedas o camilla si es necesario.
- Elaborar plan de alta y discutirla con derechohabiente o usuario y familiares.
- Registrar los datos relativos al alta del derechohabiente o usuario en los documentos del expediente clínico, cumplan con las políticas de la institución de salud.
- Proporcionar la ropa para que se vistan o ayudarlo a vestirse.
- Avisar al departamento de trabajo social y al servicio de admisión.
- Trasladar la derechohabiente o usuario al servicio de admisión, en silla de ruedas o deambulando, llevando el expediente clínico.
- Indicar el aseo de la unidad clínica.
- El personal del departamento de admisión firmará de recibido el expediente completo en la libreta de egresos del personal de enfermería.

#### **Egreso Voluntario:**

El egreso voluntario puede deberse a motivos económicos, transferencia a otra institución, inconformidad por la atención prestada o inadaptación en el medio hospitalario.

El personal de enfermería debe participar con el médico y la trabajadora social en la investigación de motivos que generan el alta, y de acuerdo a ellos debe ofrecer alternativas al derechohabiente o usuario o familiares para continuar su atención en condiciones óptimas. Si a pesar de esto, rehúsa continuar la atención o es necesaria la transferencia, el personal de enfermería debe intervenir en:

#### **Técnica:**

- Valorar y registrar las condiciones en que es dado de alta el derechohabiente o usuario (manifestaciones clínicas, limitaciones, catéteres, aparatos, etc.).
- Recabar información sobre personal responsable de la transferencia.
- Discutir con el derechohabiente o usuario y familiares, el plan de alta.
- Recabar la notificación de alta voluntaria conforme señala la institución. En el caso de no querer hacerlo, registrar en el expediente los hechos, ante un testigo para deslindar responsabilidades en cuanto atención y riesgos que pudieran ocasionar lesiones o efectos adversos.
- Avisar a trabajo social y a admisión.
- Elaborar plan de alta y discutirlo con derechohabiente o usuario y familiares.
- Integrar el expediente, incluyendo la autorización del alta firmada por el médico y las notas de enfermería.
- Avisar al departamento de trabajo social y el servicio de admisión.
- Ayudar al derechohabiente o usuario a vestirse en caso que se encuentre incapacitado para ello.

- Trasladarlo al servicio de admisión con el expediente completo.
- Indicar el aseo de la unidad clínica.

**Egreso de Fuga:**

- Es la salida del derechohabiente o usuario del hospital, sin autorización médica. La función del personal de enfermería, consiste en proporcionar la información necesaria sobre los trámites a seguir en caso de fuga, requiriendo para ello, el expediente clínico completo.
- Notificar de inmediato a autoridades responsables del servicio, sobre la fuga del derechohabiente o usuario.
- Hacer anotaciones de enfermería sobre fecha y hora de la fuga del derechohabiente o usuario y las condiciones del estado de salud de éste.
- Enviar el expediente al departamento de trabajo social.

**Egreso por Defunción:**

- Es el egreso del derechohabiente o usuario que ha fallecido. La función del personal de enfermería consiste en proporcionar orientación a los familiares sobre los trámites administrativos que deberán seguirse en caso de defunción.
- Llenar aviso de Defunción y entregarlo a los departamentos correspondientes.
- Escuchar, orientar o canalizar a los familiares para superar el duelo por el fallecimiento de su ser querido, con el personal o recurso específicos.
- Integrar el expediente clínico con las anotaciones correspondientes.
- Proporcionar los cuidados post mortem.
- Trasladar el cadáver al servicio de anatomopatología.
- Orientar a los familiares sobre los trámites administrativos.
- Orientar a los familiares, si el caso lo amerita, sobre necropsia, disposición de órganos o tejidos del cadáver, con base en los aspectos ético-legales señalados en la Ley General de Salud.

**5.6 Preparación para la Realización de la Visita Médica en Hospitalización.****Concepto:**

Es el procedimiento que se realiza en el hospital para tener en orden los elementos necesarios que se requieren para llevar a cabo, con oportunidad y eficiencia la visita médica.

**Objetivo:**

Facilitar la visita médica ordinaria o de urgencias para obtener la valoración médica e iniciar tratamiento o continuarlo.

**Principio:**

De la coordinación del equipo de salud del Hospital, depende la eficiencia del tratamiento del derechohabiente o usuario.

**Material y Equipo:**

- Carro con expedientes.
- Papelería para visita.
- Recetario colectivo.
- Hoja de Evolución y Órdenes Médicas.
- Formas de solicitud de laboratorio clínico.
- Hoja de dietas.
- Solicitud de servicios.
- Solicitud del Banco de Sangre.
- Resultados de los análisis clínicos.
- Solicitud de Intervención Quirúrgica.
- Historia Clínica.
- Papel carbón.
- Hoja de Hospitalización.
- Hoja de Balance de Líquidos.
- Hoja de Enfermería.
- Charola con:
  - Equipo de diagnóstico completo.
  - Baumanómetro y estetoscopio.
  - Termómetros orales y rectales.
  - Cinta métrica.
  - Martillo de reflejos.
  - Abatelenguas.
- Carro de curaciones equipado (opcional).

**Técnica:**

- El responsable del Servicio y/o en quién delegue sus funciones, son los encargados de acompañar al médico a pasar visita con el equipo anteriormente enunciado.
- Preparar al derechohabiente o usuario para la exploración en el momento de pasar visita y auxiliar al médico en las diversas maniobras.

- Durante la visita informar la evolución y cumplimiento de tratamientos del derechohabiente o usuario.
- Notificar de los resultados del plan de cuidados de enfermería.
- Terminada la visita, la encargada del servicio es la responsable de transcribir las indicaciones médicas.
- Recibir y tramitar solicitudes de órdenes de laboratorio, rayos “X” y otros.
- Enviar al servicio de Dietología los cambios de dietas prescritas.
- Solicitar a la farmacia los medicamentos faltantes.
- Notificar a Trabajo Social o Admisión, sobre las pre-altas y altas que han sido firmadas.
- Dar al equipo utilizado los cuidados posteriores a su uso.

### **5.7 Control de Medicamentos.**

#### **Concepto:**

Es el procedimiento que se realiza para el manejo y uso correcto de los medicamentos.

#### **Objetivos:**

- Cumplir con las normas para el control de medicamentos.
- Contar oportunamente durante las 24 horas con los medicamentos indicados para el cumplimiento de la terapéutica.

#### **Principio:**

La buena administración evita fugas económicas, en beneficio de la Institución.

#### **Técnica:**

- La enfermera responsable debe recibir personalmente los medicamentos solicitados a la farmacia por medio del Recetario Colectivo o Individual, firmando de conformidad.
- Revisar en cada medicamento: Nombre, Presentación, fecha de caducidad, estado del envase y número de piezas.
- Colocar los medicamentos en el lugar y orden establecido.
- Colocar las soluciones parenterales por separado.

#### **Medidas de Control y Seguridad:**

- El personal de enfermería es el responsable de la administración de los medicamentos.
- El control de faltantes y excedentes lo realiza la enfermera encargada.
- Impedir el acceso al lugar de guarda de medicamentos a toda persona ajena al personal de enfermería en el servicio.
- En casos de medicamentos psicotrópicos y narcóticos, el personal de enfermería debe conservarlos bajo llave.

### **5.8 Glosario de Términos.**



<b>Abrasión:</b>	Área del cuerpo a la que se ha raspado o lesionado la piel.
<b>Aislamiento:</b>	Separación de una persona, material y/u objetos del resto de derechohabientes o usuarios.
<b>Aislante:</b>	Sustancia o material que reduce o impide la conducción, por ejemplo del calor.
<b>Alienados:</b>	Proceso mediante el cual el individuo o una colectividad, transforman su conciencia hasta hacerla contradictoria con lo que debe esperarse de su condición.
<b>Anestesia:</b>	Estado en el que no existen sensaciones.
<b>Ansiedad:</b>	Respuesta emocional al peligro o situación desconocida.
<b>Apatía:</b>	Falta de sentimiento o emociones.
<b>Apósito:</b>	Tejido limpio o estéril que se aplica directamente a una herida o lesión para absorber secreciones, proteger mecánicamente la zona, o administrar una medicación.
<b>Articulación:</b>	Parte del cuerpo en que se reúnen dos huesos.
<b>Aspiración:</b>	Acto de respirar o atraer; eliminación de líquido o gases de una cavidad por succión.
<b>Atrofia:</b>	Desaparición o disminución del tamaño o la actividad fisiológica de una parte del cuerpo como consecuencia de una enfermedad o por otras causas. Un músculo esquelético puede sufrir atrofia por falta de ejercicio físico o como resultado de una enfermedad neurológica o músculo-esquelética.
<b>Bucal:</b>	Relativo a la boca.
<b>Circulación:</b>	Movimiento continuo de sangre o líquidos en una parte del cuerpo, lo que significa que existe algún trastorno.
<b>Conducción:</b>	El paso de calor de una molécula a otra, como en el metal.
<b>Congestión:</b>	Cantidades extraordinarias de sangre o líquidos en una parte del cuerpo, lo que significa que existe algún trastorno.
<b>Confusión:</b>	Estado mental caracterizado por desorientación en cuanto a tiempo, lugar o persona, que provoca aturdimiento, perplejidad, pensamiento desordenado e imposibilidad de elegir o actuar decididamente. Suele ser manifestación de un trastorno mental orgánico. Pero también puede acompañar un estrés psíquico grave y a otras alteraciones.
<b>Contención:</b>	Acción y efecto de contenerse, detener.
<b>Desinfección:</b>	Destrucción de microorganismos que producen enfermedad.
<b>Emoliente:</b>	Agente ablandador tranquilizante que se aplica localmente.
<b>Eritema:</b>	Enrojecimiento de la piel, por congestión de capilares.
<b>Escalofrío:</b>	Contracción involuntaria de los músculos con agitación y estremecimiento.
<b>Evaporación:</b>	Proceso por el cual el agua se desprende de la superficie corporal, lo que reduce el calor.
<b>Exudado:</b>	Sustancia que se produce sobre la superficie del tejido o en su interior, por el proceso patológico o vital.
<b>Fagocitosis:</b>	Ingestión y digestión de bacterias y partículas por las células llamados fagocitos.
<b>Fricción:</b>	Frotamiento de una superficie contra otra.
<b>Grasa:</b>	Compuesto orgánico formado por carbono, hidrógeno y oxígeno que se encuentra en animales y semillas de plantas.
<b>Halitosis:</b>	Mal aliento.
<b>Higiene:</b>	Ciencia de la salud y conservación de la misma.
<b>Hipotermia:</b>	Disminución artificial de la temperatura corporal.
<b>Inalienables:</b>	Que se puede enajenar.
<b>Infeción:</b>	Invasión del cuerpo por microorganismos que producen enfermedad y reacción del mismo a su presencia.
<b>Inflamación:</b>	Reacción de tejidos a la lesión.
<b>Inmovilizar:</b>	Hacer que no se mueva.
<b>Instilación:</b>	Goteo de un líquido a una cavidad.
<b>Laceración:</b>	Desgarro, herida por desgarro.
<b>Lateral:</b>	Pertenciente a un lado, situado lejos de la línea media.
<b>Lesión:</b>	Área abierta en la superficie de la piel.
<b>Lubricante:</b>	Sustancia como vaselina, glicerina o crema que se usa para que una superficie este lisa o húmeda.
<b>Maniobras:</b>	Cualquier operación material que se ejecuta con las manos.

<b>Metabolismo:</b>	Actividad que ocurre en el interior de las células.
<b>Mecanicista:</b>	Sistema filosófico que trata de explicar el conjunto de los fenómenos naturales únicamente mediante las leyes de la teoría del movimiento.
<b>Medios de Contención:</b>	Procedimientos y aparatos que inmovilizan momentáneamente una parte del cuerpo con un objetivo terapéutico.
<b>Microorganismo:</b>	Diminutivo organismo vivo que con frecuencia puede observarse sólo por el microscopio.
<b>Mucosa:</b>	Membrana que recubre los conductos y cavidades del cuerpo que comunican con el exterior.
<b>Nicturia:</b>	Emisión de orina más frecuente durante la noche que durante el día.
<b>Nasográficos:</b>	Estudios realizados con un espejo de Glatzel.
<b>Paliativo:</b>	Sirve para atenuar o aliviar el dolor sin ser curativo.
<b>Patógeno:</b>	Organismo o sustancia capaz de producir enfermedad.
<b>Placa:</b>	Película de moco o bacterias que se forman en los dientes.
<b>Plausible:</b>	Atendible, admisible, recomendable.
<b>Protección:</b>	Resguardar algo y/o alguien de un posible daño.
<b>Prurito:</b>	Sensación particular que incita a rascarse. Comezón.
<b>Radiación:</b>	Emisión de calor de los objetos calientes a los fríos en forma de ondas electromagnéticas.
<b>Seguridad:</b>	Lugar o sitio libre de todo peligro.
<b>Supuración:</b>	Formación de secreción purulenta.
<b>Vértigo:</b>	Mareo.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- Añorve-López R.  
Procedimientos Básicos de Enfermería.  
4a. edición. México: Editorial Prado, 2006.
- Dugas BW, Luna-Gómez R, Mata-Haya L, Saura-Portillo E, Orizaga-Sampiero, J.  
Tratado de Enfermería Práctica.  
4a. edición. México: Editorial McGraw-Hill Interamericana, 2010.
- Griffin-Perry A, Potter AP.  
Guía Mosby de Técnicas y Procedimientos en Enfermería.  
7ª. edición. España: Editorial Elsevier, 2011.
- Dugas BW.  
Tratado de Enfermería Práctica.  
4a. edición. España: Editorial McGraw-Hill Interamericana, 2000.
- Gispert C.  
Diccionario de Medicina Océano Mosby.  
4a. edición. Barcelona: Grupo Editorial Océano, 2005.
- Rosales-Barrera F, Reyes-Gómez E.  
Fundamentos de Enfermería.  
3a. edición. México: Editorial Manual Moderno, 2005.

## TRANSITORIOS

**PRIMERO.** Publíquese el aviso por el cual se dan a conocer las Técnicas Generales de Enfermería, en la Gaceta Oficial del Distrito Federal.

**SEGUNDO.** Las Técnicas Generales de Enfermería entrarán en vigor al día siguiente de su publicación en la Gaceta Oficial del Distrito Federal.

**México, Distrito Federal, a 13 de Julio de 2015.**

(Firma)

---

**DR. JOSÉ ARMANDO AHUED ORTEGA**  
**SECRETARIO DE SALUD**

---

## SECRETARÍA DE SALUD

**DR. JOSÉ ARMANDO AHUED ORTEGA**, Secretario de Salud, con fundamento en el artículo 29 fracción XIX, 16 fracción IV de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal, 24 fracción XX de la Ley de Salud del Distrito Federal, 11 de la Ley de Procedimiento Administrativo del Distrito Federal, 26 fracciones V y VIII y 67 fracciones VI, XIV y XXI del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal emito el siguiente:

### **AVISO POR EL CUAL SE DAN A CONOCER LAS TÉCNICAS DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA**

#### **ÍNDICE**

#### **1. INTRODUCCIÓN**

#### **2. MARCO JURÍDICO DE ACTUACIÓN**

#### **3. OBJETIVO DEL DOCUMENTO**

#### **4. TÉCNICAS DE ENFERMERÍA**

4.1. Preparación del Derechohabiente o Usuario que será Sometido a Quimioterapia.

4.2. Manejo y Cuidado del Puerto Subcutáneo.

4.3 Administración de Medicamentos Citotóxicos (Quimioterapia).

4.3.1 Técnica de Preparación de Citotóxicos.

4.3.2 Técnica Ministración de Medicamentos Citotóxicos (Quimioterapia).

4.3.3 Técnica Eliminación de Medicamentos Citotóxicos.

4.4 Seguridad en la Manipulación de Agentes Citotóxicos.

4.4.1 Derrames de Sustancias Quimioterapéuticas en Superficies Duras.

4.4.2 Derramamiento en las Sábanas.

4.4.3 Derramamiento en el Personal o en el Derechohabiente o Usuario.