



MANUAL BÁSICO DE ENFERMERIA

MATERIA

PRACTICAS PROFECIONALES

MATERIAL ELABORADO POR:

ANDREA MELGAR VAZQUEZ

ASESOR A CARGO:

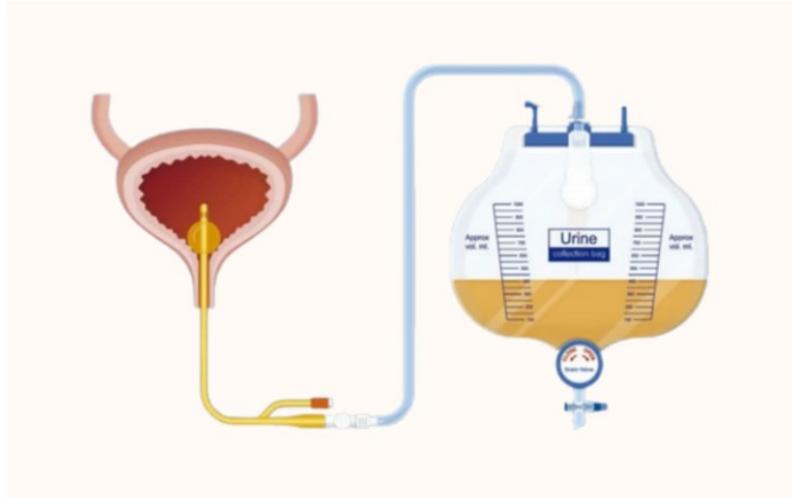
REBECA MARILI VAZQUEZ ESCOBAR

FRONTERA COMALAPA., CHIAPAS A 12 DE JULIO DEL 2025

INSTALACIÓN Y RETIRO DE SONDA VESICAL

Definición

La **sonda vesical** es un tubo flexible que se introduce a través de la uretra hasta la vejiga para drenar la orina. Su uso es común para monitorear la diuresis, aliviar la retención urinaria, irrigar la vejiga o recolectar muestras estériles.



Materiales

- **Guantes estériles** (al menos 2 pares).
- **Sonda vesical estéril** del calibre adecuado.
- **Jalea lubricante hidrosoluble estéril** (opcionalmente con lidocaína).
- **Jeringa de 10 ml** y **agua estéril** para inflar el balón.
- **Bolsa colectora de orina estéril** con sistema de drenaje cerrado.
- **Antiséptico** (clorhexidina o povidona yodada).
- **Torundas o gasas estériles**.
- **Pinzas estériles**.
- **Campo estéril fenestrado**.
- **Empapador** o protector de cama.
- **Cinta adhesiva** o dispositivo de fijación.
- **Contenedor para punzocortantes** y residuos.

Procedimiento

Instalación

1. **Preparación:** Lavado de manos, calce de guantes limpios, identificación del paciente y explicación del procedimiento. Posicionar al paciente (decúbito supino, piernas flexionadas para mujeres; extendidas para hombres). Colocar empapador.
2. **Asepsia:** Abrir el equipo estéril y calzar guantes estériles. Realizar limpieza genital con el antiséptico, de adelante hacia atrás en mujeres y del meato hacia afuera en hombres. Colocar campo estéril.
3. **Inserción:** Lubricar la punta de la sonda. En mujeres, separar labios e insertar la sonda en el meato. En hombres, elevar el pene e insertar. Avanzar hasta observar flujo de orina, luego 2-3 cm más.
4. **Fijación:** Inflar el balón de la sonda con la jeringa y agua estéril (volumen indicado por el fabricante). Tirar suavemente hasta sentir resistencia. Conectar la sonda a la bolsa colectora. Fijar la sonda al muslo, asegurando que la bolsa quede por debajo del nivel de la vejiga.
5. **Registro:** Documentar fecha, hora, calibre de la sonda, volumen del balón y características iniciales de la orina.

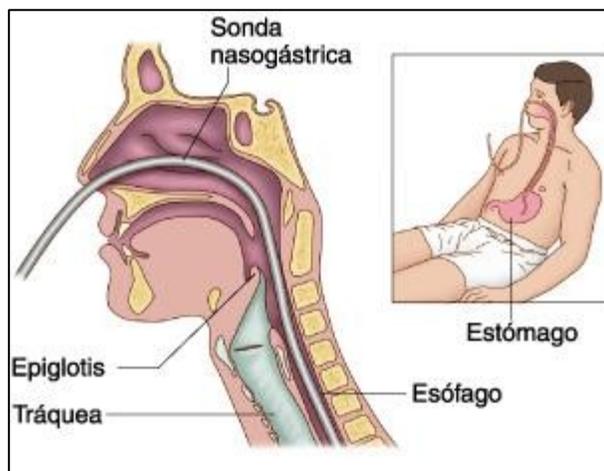
Retiro

1. **Preparación:** Lavado de manos, calce de guantes, explicación al paciente y colocación de empapador.
2. **Desinflado del balón:** Insertar la jeringa en la válvula del balón y aspirar el volumen de líquido hasta desinflarlo completamente. No forzar.
3. **Retiro:** Pedir al paciente que respire profundamente. Retirar la sonda suave y continuamente.
4. **Registro:** Documentar fecha, hora del retiro y la respuesta del paciente.

INSTALACIÓN Y RETIRO DE SONDA NASOGÁSTRICA

Definición

La **sonda nasogástrica (SNG)** es un tubo flexible que se inserta a través de la nariz, pasando por la faringe y el esófago, hasta el estómago. Se utiliza para descompresión gástrica, alimentación enteral, administración de medicamentos o lavado gástrico.



Materiales

- **Guantes no estériles.**
- **Sonda nasogástrica** del calibre adecuado.
- **Jalea lubricante hidrosoluble.**
- **Jeringa de 50 ml** (tipo cono) para aspiración y verificación.
- **Vaso con agua** y popote (opcional).
- **Estetoscopio.**
- **Cinta adhesiva hipoalergénica.**
- **Toalla** o empapador.
- **Riñón** o bolsa de desecho.
- **Marcador.**

Procedimiento

Instalación

1. **Preparación:** Lavado de manos, calce de guantes, identificación del paciente y explicación del procedimiento. Posicionar al paciente en Fowler alta o semi-Fowler. Colocar toalla en el tórax.
2. **Medición:** Medir la longitud de la sonda desde la punta de la nariz al lóbulo de la oreja y de ahí al apéndice xifoides. Marcar la sonda.
3. **Inserción:** Lubricar la punta de la sonda (10-15 cm). Introducir suavemente por una fosa nasal, dirigiéndola hacia abajo y atrás. Al llegar a la nasofaringe, pedir al paciente que flexione la cabeza hacia el pecho y trague agua o saliva mientras se avanza la sonda hasta la marca. Si hay tos persistente o dificultad respiratoria, retirar inmediatamente.
4. **Verificación de la posición:**
 - Aspirar contenido gástrico con la jeringa (pH ácido).
 - Inyectar 10-20 ml de aire rápidamente mientras se ausculta el epigastrio con el estetoscopio (burbujeo característico).
 - Confirmación radiográfica (método más fiable antes de alimentación o medicación).
5. **Fijación:** Una vez confirmada la posición, fijar la sonda a la nariz con cinta adhesiva, evitando presión en la fosa nasal. Asegurar la sonda a la ropa del paciente.
6. **Registro:** Documentar fecha, hora, calibre de la sonda, longitud insertada, método de verificación y respuesta del paciente.

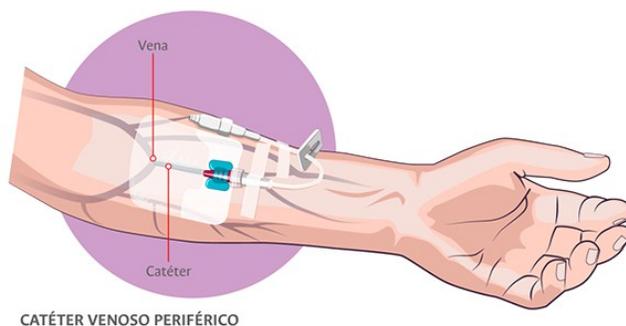
Retiro

1. **Preparación:** Lavado de manos, calce de guantes, explicación al paciente y colocar toalla.
2. **Retiro:** Pinzar la sonda (si está conectada). Desfijar de la nariz. Pedir al paciente que realice una inspiración profunda y la contenga. Retirar la sonda suave y rápidamente.
3. **Registro:** Documentar fecha, hora del retiro y la respuesta del paciente.

VENOCLISIS Y TERAPIA INTRAVENOSA

Definición

La **venoclisis** (o canalización de acceso venoso periférico) es la inserción de un catéter en una vena superficial para la administración de soluciones, medicamentos o productos sanguíneos (terapia intravenosa).



Materiales

- **Guantes limpios y guantes estériles** (opcional para inserción, obligatorios para la técnica aséptica).
- **Catéter venoso periférico** (Abboath o Jelco) del calibre adecuado.
- **Torniquete.**
- **Antiséptico cutáneo** (clorhexidina al 2% o povidona yodada).
- **Apósito transparente estéril.**
- **Solución salina normal** (0.9% NaCl) y **jeringa** para purgar.
- **Conector libre de aguja.**
- **Cinta adhesiva hipoalergénica.**
- **Contenedor para punzocortantes.**
- **Algodón o gasas estériles.**
- **Solución intravenosa** prescrita.
- **Equipo de venoclisis** (macrogotero o microgotero).
- **Soporte de venoclisis** (tripie).
- **Bomba de infusión** (si se requiere control preciso).

Procedimiento

Venoclisis (Canalización)

1. **Preparación:** Lavado de manos, calce de guantes, identificación del paciente y explicación del procedimiento. Seleccionar la vena adecuada (brazo no dominante, evitar articulaciones). Colocar torniquete.
2. **Asepsia y punción:** Limpiar el sitio con antiséptico, dejar secar. Traccionar la piel para estabilizar la vena. Insertar el catéter con el bisel hacia arriba en un ángulo de 10-30 grados. Observar el "flashback" de sangre.
3. **Avance y retiro de aguja:** Una vez el flashback, avanzar el catéter unos milímetros más y luego deslizar solo el catéter de plástico dentro de la vena mientras se retira la aguja. Desechar la aguja en el contenedor de punzocortantes.
4. **Fijación:** Liberar el torniquete. Conectar el conector libre de aguja. Purgar con solución salina para verificar permeabilidad. Fijar el catéter con apósito transparente y etiquetar con fecha e iniciales.
5. **Registro:** Documentar fecha, hora, calibre, sitio y número de intentos.

Terapia Intravenosa (Instalación y Manejo)

1. **Preparación:** Verificar prescripción, fecha de caducidad de la solución. Purgar el equipo de venoclisis y colgar la solución en el tripie. Etiquetar la solución.
2. **Conexión:** Limpiar el conector del catéter con alcohol. Conectar el equipo de venoclisis.
3. **Inicio de infusión:** Abrir la pinza de rodillo y ajustar la velocidad de goteo (manualmente o con bomba de infusión) según la prescripción.
4. **Monitoreo:** Observar al paciente para detectar reacciones adversas, sobrecarga de líquidos o dolor en el sitio. Evaluar el sitio de inserción para signos de flebitis o infiltración. Mantener la velocidad de infusión.
5. **Registro:** Documentar tipo y volumen de solución, hora de inicio y fin, velocidad de infusión y respuesta del paciente.

CURACIÓN DE HERIDAS

Definición

La **curación de heridas** es el proceso de limpieza, desbridamiento (si es necesario) y protección de una herida para promover la cicatrización, prevenir infecciones y manejar el dolor.



Materiales

- **Guantes limpios y guantes estériles.**
- **Solución salina normal** (0.9% NaCl).
- **Gasas estériles** o compresas.
- **Apósitos estériles** (no adherentes, transparentes, avanzados, según la herida).
- **Cinta adhesiva hipoalergénica** o venda.
- **Material de desbridamiento** (bisturí, tijeras estériles, pinzas) si es necesario.
- **Antisépticos** (clorhexidina, povidona yodada) si se indican para la piel perilesional.
- **Contenedor para residuos biológicos.**
- **Riñón** o bolsa de desecho.

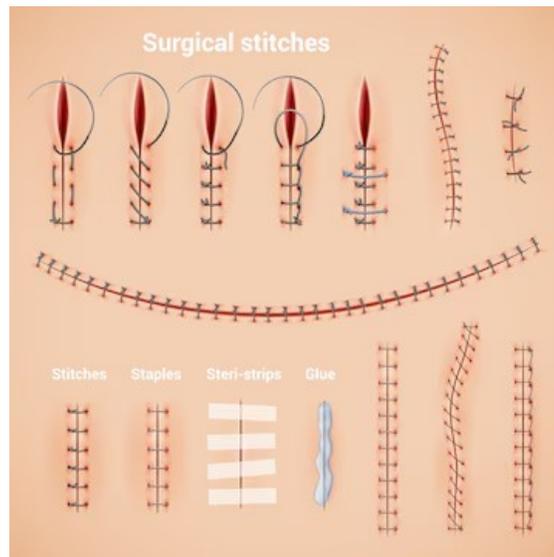
Procedimiento

1. **Preparación:** Lavado de manos, calce de guantes limpios, identificación del paciente y explicación del procedimiento. Preparar el campo de trabajo.
2. **Retiro del apósito anterior:** Retirar con cuidado el apósito sucio, observando características del exudado y la herida. Desechar guantes.
3. **Evaluación inicial:** Calzar guantes estériles (o limpios para heridas simples). Evaluar la herida: tamaño, profundidad, exudado, olor, tejido presente (necrótico, esfacelo, granulación, epitelial), signos de infección.
4. **Limpieza:**
 - **Heridas simples:** Limpiar con gasas estériles empapadas en solución salina, del centro hacia afuera, una gasa por cada pasada.
 - **Heridas complejas:** Irriga abundantemente con solución salina. Si se realiza desbridamiento, seguir protocolo médico.
5. **Secado:** Secar la piel perilesional con gasas estériles.
6. **Aplicación de apósito:** Seleccionar el apósito adecuado según las características de la herida (ej. espuma para exudado abundante, hidrogel para tejido seco). Aplicar el apósito estéril sin tocar la superficie interna.
7. **Fijación:** Fijar el apósito con cinta o venda.
8. **Registro:** Documentar fecha, hora, características de la herida, tipo de limpieza, material utilizado y respuesta del paciente.

SUTURAS

Definición

La **sutura** es el procedimiento de unir los bordes de una herida o incisión quirúrgica utilizando hilos o grapas para facilitar la cicatrización y restaurar la integridad del tejido.



Materiales

- **Guantes estériles.**
- **Set de sutura estéril:** portaagujas, pinzas de disección con y sin dientes, tijeras de Mayo o Metzenbaum.
- **Hilos de sutura** del tipo y calibre adecuados (absorbibles o no absorbibles, monofilamento o multifilamento), con aguja curva incorporada.
- **Antiséptico** (povidona yodada o clorhexidina).
- **Gasas estériles.**
- **Anestésico local** (ej. lidocaína con epinefrina), jeringa y aguja para infiltración (si aplica).
- **Contenedor para punzocortantes.**
- **Riñón** o bolsa de desecho.
- **Campo estéril.**
- **Cubre bocas y gafas protectoras.**

Procedimiento

(Nota: Este procedimiento es generalmente realizado por un médico o personal de enfermería con capacitación avanzada y supervisión.)

1. **Preparación:** Lavado de manos quirúrgico, calce de guantes estériles, cubrebocas y gafas protectoras. Identificación del paciente, explicación y obtención del consentimiento informado. Posicionar al paciente y asegurar la iluminación. Preparar el campo estéril.
2. **Asepsia:** Limpiar el área de la herida con antiséptico, del centro a la periferia. Colocar campos estériles alrededor de la herida.
3. **Anestesia (si aplica):** Infiltrar los bordes de la herida con anestésico local.
4. **Sutura:**
 - Tomar la aguja de sutura con el portaagujas.
 - Insertar la aguja a través de un borde de la herida, pasando por el tejido subdérmico y emergiendo en el lado opuesto de la herida, equidistante del borde y del punto de entrada.
 - Pasar el hilo a través de los bordes.
 - Realizar los nudos adecuados para asegurar los bordes de la herida, utilizando el portaagujas y las pinzas para manipular el hilo y evitar el contacto directo con las manos.
 - Cortar el exceso de hilo con las tijeras.
 - Repetir el proceso hasta cerrar completamente la herida, asegurando una buena aposición de los bordes.
5. **Limpieza y apósito:** Limpiar suavemente la herida suturada. Aplicar un apósito estéril.
6. **Registro:** Documentar fecha, hora, tipo de sutura (material, puntos), número de puntos, anestésico utilizado, estado de la herida y respuesta del paciente.

TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

Definición

La **transfusión sanguínea** es la administración de componentes sanguíneos (sangre total, glóbulos rojos, plasma, plaquetas) de un donante a un receptor por vía intravenosa, para reponer déficits o tratar diversas condiciones médicas.



Materiales

- **Guantes no estériles.**
- **Bolsa de componente sanguíneo** prescrito (verificada con la solicitud y el paciente).
- **Equipo de transfusión con filtro** (macrogotero).
- **Catéter venoso periférico** permeable (calibre 18G o 20G ideal).
- **Solución salina normal** (0.9% NaCl) para purgar la vía y antes/después de la transfusión.
- **Soporte de venoclisis.**
- **Termómetro, esfigmomanómetro, reloj con segundero, estetoscopio** para monitoreo de signos vitales.
- **Hoja de registro de transfusión.**
- **Contenedor para residuos biológicos.**
- **Equipo de reanimación** cerca (por si acaso).

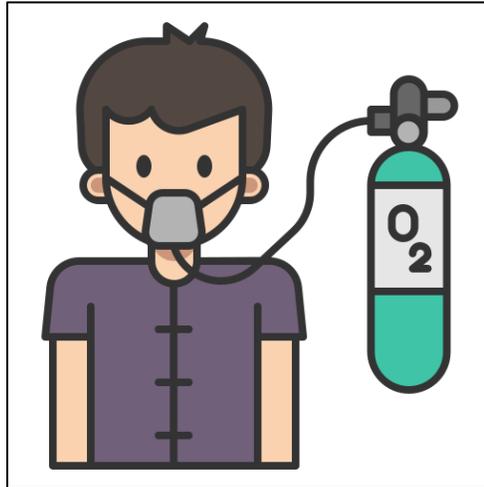
Procedimiento

1. **Verificación y preparación:** Lavado de manos, calce de guantes. Verificar la indicación médica. **Identificación rigurosa del paciente** con dos identificadores y la información de la bolsa de sangre (nombre, grupo sanguíneo, factor Rh, número de unidad, fecha de caducidad). **Verificación cruzada** por dos enfermeras.
2. **Evaluación basal:** Medir y registrar los signos vitales basales del paciente (temperatura, pulso, presión arterial, frecuencia respiratoria, SpO₂). Evaluar si hay antecedentes de reacciones transfusionales.
3. **Preparación de la vía:** Canalizar una vía venosa periférica si no la tiene (o verificar permeabilidad). Purgar el equipo de transfusión con solución salina normal.
4. **Inicio de la transfusión:** Conectar el equipo de transfusión a la vía venosa. Iniciar la infusión lentamente (ej. 20-30 gotas/min) durante los primeros 15 minutos.
5. **Monitoreo inicial:** Permanecer con el paciente durante los primeros 15 minutos, monitoreando signos vitales (cada 5 minutos) y observando cualquier signo de reacción transfusional (escalofríos, fiebre, urticaria, disnea, dolor lumbar). Si hay reacción, detener la transfusión, mantener la vía con solución salina y notificar al médico.
6. **Monitoreo continuo:** Si no hay reacción, ajustar la velocidad de infusión según la prescripción. Monitorear los signos vitales cada 15-30 minutos durante la primera hora y luego cada hora hasta finalizar. Observar al paciente durante toda la transfusión.
7. **Finalización:** Una vez que la bolsa de sangre está vacía, pinzar el equipo. Purgar la vía con solución salina. Retirar el equipo de transfusión y desechar la bolsa y el equipo según la normativa de riesgo biológico.
8. **Registro:** Documentar la hora de inicio y fin, el volumen transfundido, la respuesta del paciente, los signos vitales monitoreados y cualquier reacción.

OXIGENOTERAPIA

Definición

La **oxigenoterapia** es la administración de oxígeno suplementario a una concentración mayor que la del aire ambiente, con el fin de corregir la hipoxemia, reducir el trabajo respiratorio y disminuir la carga cardíaca.



Materiales

- **Fuente de oxígeno** (toma de pared o balón).
- **Flujómetro** para regular el flujo en litros por minuto (L/min).
- **Humidificador** con agua estéril (para flujos mayores a 4 L/min o uso prolongado).
- **Dispositivo de administración:**
 - **Cánula nasal:** para flujos bajos (1-5 L/min).
 - **Mascarilla simple:** para flujos medios (5-8 L/min).
 - **Mascarilla con bolsa de reservorio (no-rebreather):** para alta concentración (10-15 L/min).
 - **Mascarilla Venturi:** para concentración precisa (24-60%).
- **Oxímetro de pulso** para monitoreo de SpO₂.
- **Algodón o gasas** para proteger la piel.

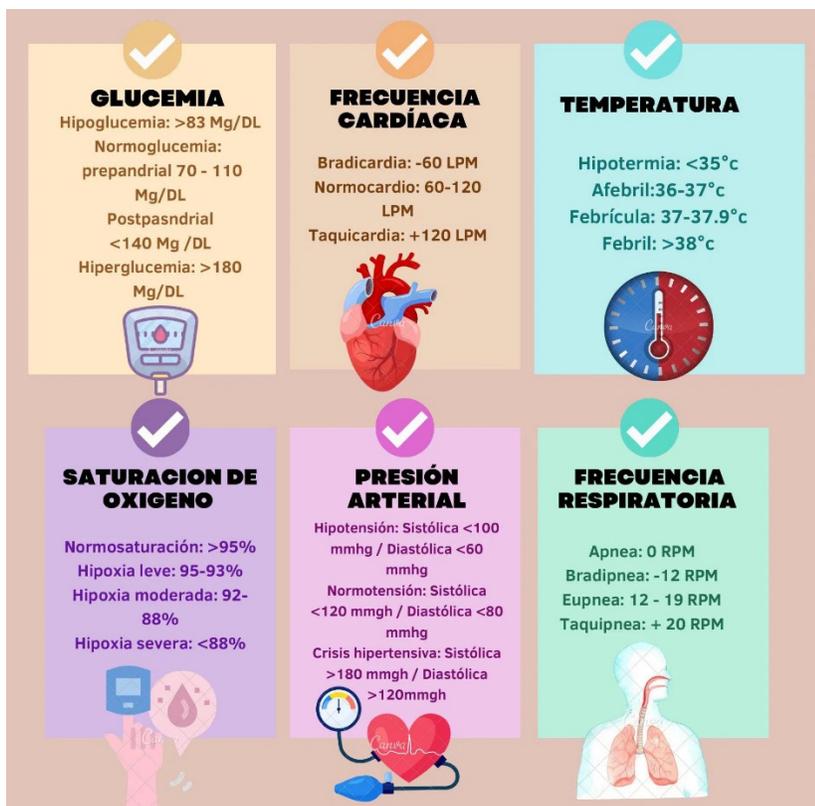
Procedimiento

1. **Preparación:** Lavado de manos, identificación del paciente y explicación del procedimiento. Verificar la prescripción médica (dispositivo y flujo/concentración).
2. **Conexión:** Conectar el flujómetro a la fuente de oxígeno. Si se usa, llenar el humidificador con agua estéril y conectarlo al flujómetro.
3. **Administración:**
 - **Cánula nasal:** Colocar las puntas en las fosas nasales y ajustar el tubo detrás de las orejas. Abrir el flujómetro al flujo prescrito.
 - **Mascarilla:** Colocar sobre la nariz y boca, ajustando la banda elástica y el clip nasal. Abrir el flujómetro al flujo prescrito. (Para mascarilla con reservorio, asegurar que la bolsa esté inflada antes de colocarla).
 - **Mascarilla Venturi:** Seleccionar el adaptador de Venturi para la concentración deseada y ajustar el flujómetro según la indicación del adaptador.
4. **Monitoreo:** Monitorear la SpO₂ continuamente con el oxímetro de pulso. Evaluar el patrón respiratorio, coloración de piel y membranas. Vigilar la integridad de la piel (posibles irritaciones por el dispositivo).
5. **Cuidados:** Verificar que no haya fugas. Si se usa humidificador, revisar el nivel de agua. Educar al paciente sobre la importancia de no ajustar el flujo por sí mismo.
6. **Registro:** Documentar fecha, hora, dispositivo, flujo/concentración, SpO₂ antes y después, y respuesta del paciente.

SIGNOS VITALES

Definición

Los **signos vitales** son mediciones básicas que evalúan las funciones corporales más esenciales de un paciente: temperatura corporal, pulso (frecuencia cardíaca), frecuencia respiratoria y presión arterial. Su monitoreo regular es crucial para la evaluación del estado de salud.



Materiales

- **Termómetro** (digital, de tímpano o de mercurio).
- **Esfingomanómetro** (brazalete de tamaño adecuado y manómetro aneroide o digital).
- **Estetoscopio**.
- **Reloj con segundero**.
- **Guantes no estériles** (si se considera necesario).
- **Torundas con alcohol** o desinfectante para limpieza.
- **Hoja de registro** o sistema electrónico.

Procedimiento

1. **Preparación:** Lavado de manos, identificación del paciente y explicación del procedimiento. Asegurar que el paciente esté en reposo (especialmente para la TA).
2. **Temperatura:** Colocar el termómetro según la vía (oral, axilar, timpánica) y esperar el tiempo indicado por el fabricante. Retirar y leer.
3. **Frecuencia cardíaca (pulso):** Palpar el pulso radial (en la muñeca) con los dedos índice y medio. Contar las pulsaciones durante 30 segundos y multiplicar por 2 (o 1 minuto si es irregular). Evaluar ritmo y fuerza.
4. **Frecuencia respiratoria:** Observar las elevaciones del tórax o abdomen sin que el paciente se dé cuenta. Contar las respiraciones durante 30 segundos y multiplicar por 2 (o 1 minuto si es irregular). Evaluar profundidad y esfuerzo.
5. **Presión arterial (TA):**
 - Colocar el brazalete del esfigmomanómetro alrededor del brazo, a la altura del corazón.
 - Palpar la arteria braquial. Inflar el brazalete hasta 20-30 mmHg por encima del punto donde el pulso desaparece.
 - Colocar el estetoscopio sobre la arteria braquial.
 - Desinflar lentamente el brazalete (2-3 mmHg/segundo). Registrar el primer sonido (sistólica) y el punto donde los sonidos desaparecen (diastólica).
6. **Registro:** Documentar todos los valores de manera precisa en la hoja de registro o sistema electrónico. Notificar cualquier valor anormal.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Definición

La **administración de medicamentos** es el proceso de entregar fármacos a un paciente siguiendo una prescripción médica, con el objetivo de lograr un efecto terapéutico deseado. Se rige por los "diez correctos" para garantizar la seguridad del paciente.



Materiales

- **Medicamento** prescrito.
- **Tarjeta de medicamentos** o sistema de registro.
- **Jeringas y agujas** (calibre y longitud adecuada) según la vía.
- **Torundas con alcohol**.
- **Guantes no estériles**.
- **Vaso con agua** (para vía oral).
- **Triturador de tabletas** (si aplica).
- **Contenedor para punzocortantes**.

Procedimiento

1. Preparación:

- **Verificar los 10 correctos:**

1. **Paciente Correcto:** Verifica la identidad del paciente (al menos dos datos).

2. **Medicamento Correcto:** Confirma que el fármaco es el prescrito.
3. **Dosis Correcta:** Administra la cantidad exacta de medicamento.
4. **Vía Correcta:** Usa la ruta de administración indicada.
5. **Hora Correcta:** Aplica el medicamento en el momento preciso.
6. **Registro Correcto:** Documenta la administración inmediatamente.
7. **Información Correcta al Paciente:** Explica el medicamento al paciente.
8. **Acción Correcta:** Conoce el propósito y efecto del medicamento.
9. **Evaluación Correcta:** Valora la respuesta del paciente al tratamiento.
10. **Caducidad y Aspecto Correctos:** Revisa la fecha y el estado del medicamento.
 - Lavado de manos, calce de guantes. Preséntese al paciente y explíquelo el medicamento y su propósito.
 - Preparar el medicamento según la vía (ej. aspirar de ampolla/vial, purgar aire de jeringa).

2. Administración por vía:

- **Vía Oral:** Posicionar al paciente sentado o semi-Fowler. Ofrecer el medicamento con un vaso de agua. Asegurarse de la deglución.
- **Vía Intramuscular (IM):** Seleccionar sitio (deltoides, vasto lateral, ventroglúteo). Limpiar la piel con alcohol. Estirar la piel (técnica en Z). Insertar la aguja en ángulo de 90 grados. Aspirar (descartar retorno de sangre). Inyectar lento. Retirar y aplicar presión.
- **Vía Subcutánea (SC):** Seleccionar sitio (abdomen, parte posterior del brazo, muslos). Limpiar la piel con alcohol. Pellizcar un pliegue de piel. Insertar la aguja en ángulo de 45 o 90 grados. Soltar el pliegue. Inyectar lento. Retirar y aplicar presión. No masajear.
- **Vía Intravenosa (IV):** (Ver "Venoclisis y Terapia Intravenosa"). Preparar el medicamento diluido si es necesario. Administrar lentamente por el puerto de la vía.

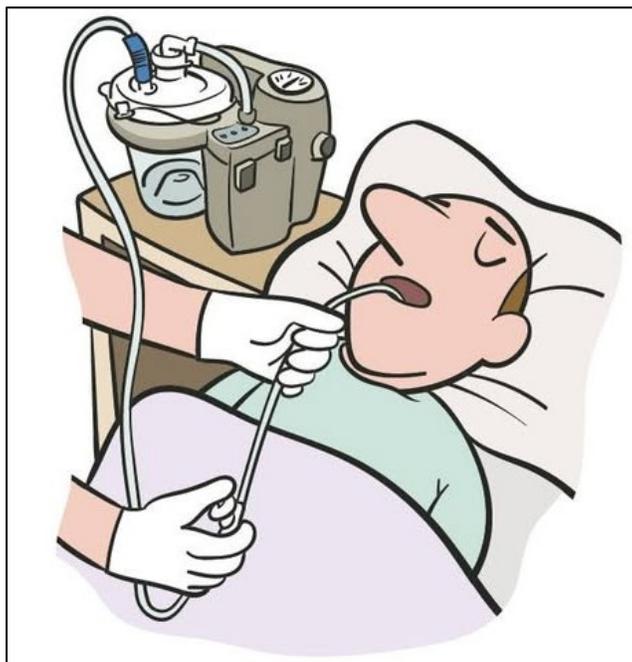
3. Post-administración:

- Desechar agujas y jeringas en el contenedor de punzocortantes. Desechar otros materiales.
- Retirar guantes y lavado de manos.
- **Registrar inmediatamente** la administración del medicamento, incluyendo hora, dosis, vía y cualquier observación.
- Monitorear al paciente para detectar efectos deseados y adversos.

ASPIRACIÓN DE SECRECIONES

Definición

La **aspiración de secreciones** es el procedimiento para extraer el exceso de moco o secreciones de las vías respiratorias superiores (nasal, oral, faríngea) o inferiores (traqueal, bronquial) utilizando un catéter conectado a un sistema de succión.



Materiales

- **Guantes estériles** (al menos 1 par por procedimiento, idealmente un par para cada mano si es profunda).
- **Sistema de aspiración** (conectado a pared o portátil) con manómetro.
- **Sonda de aspiración estéril** del tamaño adecuado.
- **Contenedor con solución salina normal estéril** o agua destilada estéril (para enjuague).
- **Jeringa con solución salina normal estéril** (para instilar si las secreciones son muy espesas, según protocolo).
- **Mascarilla facial y gafas protectoras.**
- **Riñón** o bolsa de desecho.
- **Fuente de oxígeno** y dispositivo (si el paciente lo requiere).

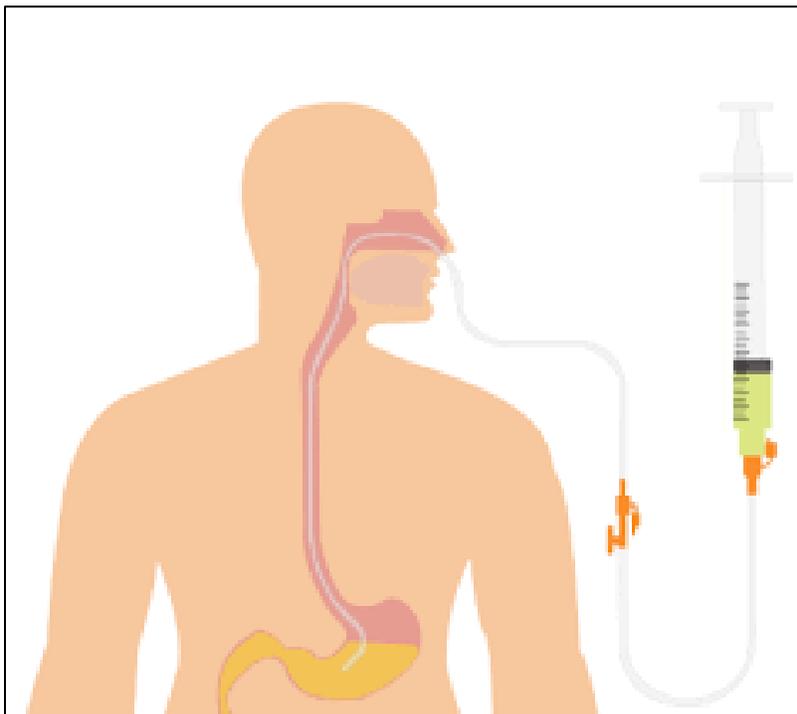
Procedimiento

1. **Preparación:** Lavado de manos, calce de guantes y colocación de equipo de protección personal. Identificación del paciente, explicación del procedimiento. Posicionar al paciente en semi-Fowler o Fowler. Ajustar la presión de succión (80-120 mmHg para adultos).
2. **Pre-oxigenación (si aplica):** Aumentar el oxígeno temporalmente al 100% durante 30-60 segundos o pedir al paciente que realice respiraciones profundas.
3. **Conexión y prueba:** Abrir la sonda de aspiración, conectar al tubo de succión, manteniendo la esterilidad de la sonda. Probar la succión con la solución de enjuague.
4. **Inserción de la sonda (sin succión):**
 - **Vías superiores (nasal/oral):** Introducir la sonda suavemente por la fosa nasal o la boca hasta sentir resistencia o el paciente tosa.
 - **Vía aérea artificial (traqueostomía/tubo endotraqueal):** Introducir la sonda estéril a través del tubo hasta sentir resistencia.
5. **Aspiración:** Aplicar succión de forma intermitente o continua mientras se retira la sonda con un movimiento rotatorio suave. La aspiración no debe durar más de 10-15 segundos.
6. **Recuperación y repetición:** Retirar la sonda completamente y desechar. Permitir que el paciente descanse y se recupere. Si es necesario, repetir el ciclo.
7. **Post-aspiración:** Evaluar la respuesta del paciente (mejoría respiratoria, ruidos). Desechar material contaminado. Lavado de manos.
8. **Registro:** Documentar fecha, hora, tipo de secreciones (cantidad, color, consistencia), tolerancia del paciente, y SpO2 antes y después.

NUTRICIÓN ENTERAL

Definición

La **nutrición enteral** es la administración de nutrientes directamente al tracto gastrointestinal a través de una sonda (nasogástrica, gastrostomía, yeyunostomía).



Materiales

Nutrición Enteral

- **Fórmula de nutrición enteral** prescrita.
- **Bolsa o equipo de administración** de nutrición enteral.
- **Bomba de infusión enteral** (si es continua).
- **Jeringa de 60 ml** (tipo cono) y **agua purificada** (para bolo o lavado).
- **Guantes no estériles.**
- **Estetoscopio y pHímetro** (para verificación de sonda).

Procedimiento

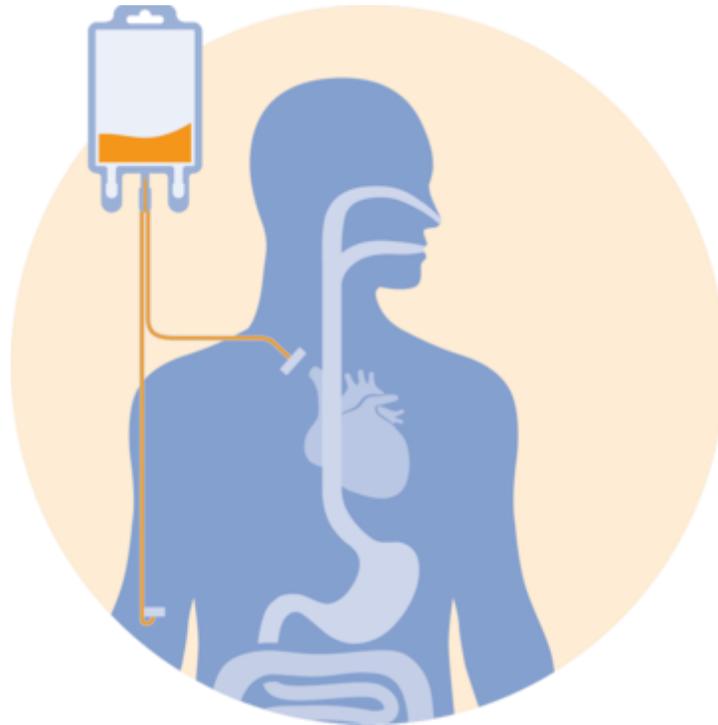
Nutrición Enteral

1. **Preparación:** Lavado de manos, calce de guantes, identificación del paciente y explicación. Verificar la prescripción (fórmula, volumen, velocidad, vía).
2. **Verificación de sonda:** Confirmar la correcta ubicación de la sonda enteral (aspiración de contenido y pH, auscultación, radiografía si es nueva o hay duda).
3. **Administración (bolo):** Elevar la cabecera del paciente a 30-45 grados. Conectar la jeringa a la sonda, verter la fórmula lentamente. Administrar en un tiempo de 15-30 minutos. Lavar la sonda con agua después.
4. **Administración (continua):** Conectar la bolsa/equipo de administración a la sonda. Programar la bomba de infusión a la velocidad prescrita. Elevar la cabecera del paciente.
5. **Monitoreo y cuidados:** Observar intolerancia (náuseas, vómito, distensión, diarrea). Lavar la sonda con agua cada 4-6 horas o antes/después de medicamentos. Monitorear signos vitales, balance hídrico y glucemia.
6. **Registro:** Documentar fecha, hora, tipo y volumen de fórmula, velocidad, vía y respuesta del paciente.

NUTRICION PARENTERAL

Definición

La **nutrición parenteral** es la administración de nutrientes directamente al torrente sanguíneo, generalmente a través de una vía central, cuando el tracto gastrointestinal no es funcional.



Materiales

Nutrición Parenteral

- **Solución de nutrición parenteral total (NPT)** prescrita.
- **Equipo de administración específico** para NPT con filtro de 0.22 micras (para soluciones sin lípidos) o 1.2 micras (para soluciones con lípidos).
- **Bomba de infusión intravenosa.**
- **Guantes estériles** (para conexiones centrales).
- **Antiséptico** (clorhexidina) para desinfección de puertos.
- **Solución salina normal** (0.9% NaCl) para purgar.

Procedimiento

Nutrición Parenteral

1. **Preparación:** Lavado de manos, calce de guantes estériles. Verificar la prescripción y los componentes de la NPT. Inspeccionar la solución (partículas, separación de fases).
2. **Conexión:** Limpiar el puerto de la vía central con antiséptico. Conectar el equipo de infusión de NPT con el filtro adecuado. Purgar el equipo.
3. **Inicio de infusión:** Programar la bomba de infusión a la velocidad prescrita. La NPT debe iniciarse y finalizarse gradualmente para evitar hipo/hiperglucemia.
4. **Monitoreo y cuidados:** Monitorear signos vitales, glucemia (cada 6 horas), electrolitos y balance hídrico estrictamente. Observar signos de infección en el sitio del catéter. Cambiar el equipo de NPT y el filtro según protocolo (generalmente cada 24 horas).
5. **Registro:** Documentar fecha, hora, tipo y volumen de NPT, velocidad, vía y respuesta del paciente.

TOMA DE MUESTRAS

Definición

La **toma de muestras** es el procedimiento para obtener fluidos o tejidos corporales (sangre, orina, heces, esputo, secreciones) para su análisis en laboratorio, con fines diagnósticos, de monitoreo o de investigación.



Materiales

- **Guantes no estériles** (o estériles según el tipo de muestra).
- **Contenedores estériles** y específicos para cada muestra (tubos al vacío, frascos, esputeras, hisopos con medio de transporte).
- **Etiquetas** de identificación.
- **Torundas con alcohol** o antiséptico.
- **Aguja y jeringa** (para sangre o muestras de sonda).
- **Lancetero y lancetas** (para glucosa capilar).
- **Algodón o gasa**.
- **Contenedor para punzocortantes**.
- **Formularios de solicitud de laboratorio**.

Procedimiento

1. Toma de Glucosa Capilar

1. **Preparación:** Lavado de manos, calce de guantes, identificación del paciente y explicación. Preparar glucómetro y tira reactiva.
2. **Punción:** Limpiar la yema del dedo (lateral) con alcohol y dejar secar. Puncionar con lancetero.
3. **Obtención de muestra:** Presionar suavemente para obtener una gota de sangre y aplicarla en la tira reactiva.
4. **Lectura y registro:** Esperar el resultado en el glucómetro. Desechar lanceta y tira. Registrar el valor.

2. Toma de Muestra de Orina

- **Chorro medio:** Explicar al paciente que debe limpiar el área genital, iniciar la micción en el inodoro, recolectar la porción media en un frasco estéril y terminar en el inodoro. Cerrar y etiquetar.
- **Sonda vesical:** Pinzar la sonda 15-30 minutos, limpiar el puerto de toma de muestras con alcohol, aspirar la orina con jeringa y transferir a frasco estéril. Despinzar. Cerrar y etiquetar.

3. Toma de Muestra de Heces

- **Instrucción:** Indicar al paciente que evacue en un recipiente limpio y seco, evitando mezcla con orina o papel.
- **Recolección:** Con una espátula o aplicador, tomar porciones de diferentes áreas y colocar en el recipiente estéril específico. Cerrar y etiquetar.

4. Toma de Muestra de Esputo

- **Instrucción:** Mejor por la mañana. Pedir al paciente que se enjuague la boca con agua. Realizar varias respiraciones profundas y toser con fuerza para expectorar el esputo (no saliva) directamente en el frasco estéril. Cerrar y etiquetar.

5. Toma de Muestra de Secreciones (Heridas)

- **Preparación:** Calce de guantes estériles. Limpiar la superficie de la herida con solución salina.

- **Recolección:** Con un hisopo estéril, rotar firmemente sobre el lecho de la herida o en un área representativa de la infección. Colocar el hisopo en el medio de transporte. Cerrar y etiquetar.

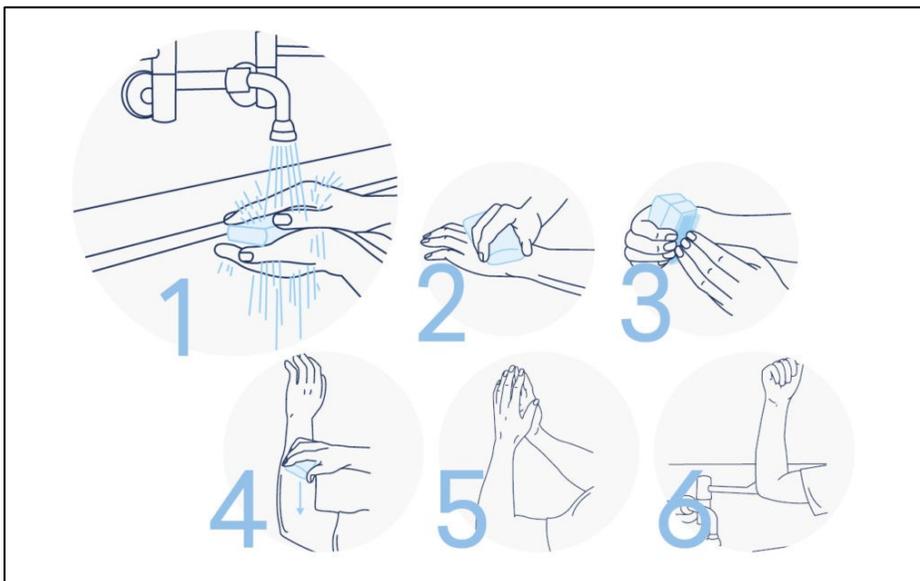
6. Transporte

- Enviar todas las muestras al laboratorio lo antes posible, siguiendo las indicaciones de almacenamiento (refrigeración si es necesario).

LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO

Definición

El **lavado de manos quirúrgico** es un procedimiento estandarizado y riguroso de limpieza y desinfección de manos y antebrazos que reduce la flora transitoria y residente de la piel, con el objetivo de prevenir infecciones en procedimientos invasivos y quirúrgicos.



Materiales

- **Jabón antiséptico quirúrgico** (clorhexidina o povidona yodada).
- **Cepillo estéril** con o sin esponja (si es protocolo).
- **Agua corriente** (grifo con pedal o sensor).
- **Toalla estéril** para secado.

Procedimiento

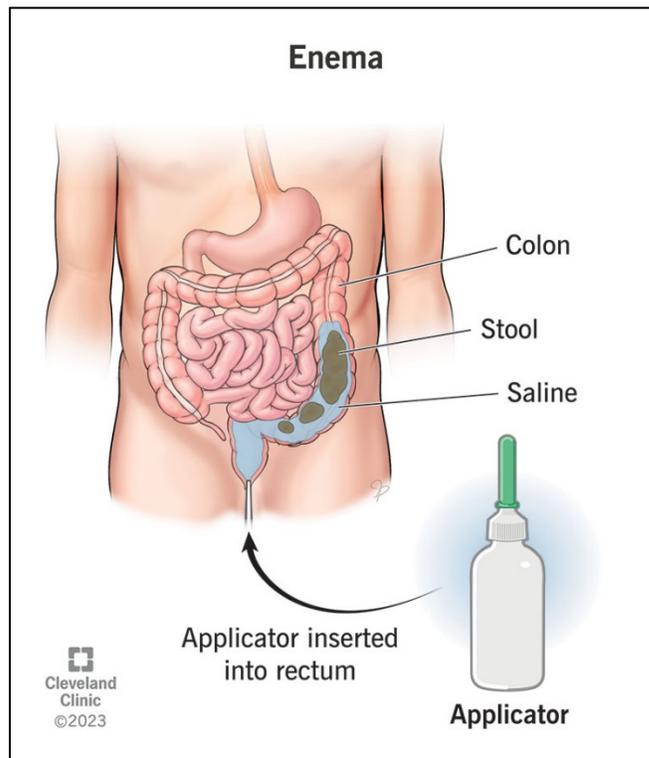
1. **Preparación:** Retirar joyas, relojes y accesorios. Asegurarse de que las uñas estén cortas y sin esmalte. Ajustar el uniforme.
2. **Lavado inicial:** Humedecer manos y antebrazos hasta el codo. Aplicar jabón y realizar un lavado rutinario de manos con fricción mecánica, enjuagar.
3. **Lavado quirúrgico (tiempo o por pasadas):**
 - **Método por tiempo (ej. 3-5 minutos):**

- Aplicar jabón antiséptico.
 - Frotar palmas con palmas, luego palma derecha sobre dorso izquierda y viceversa.
 - Entrelazar dedos, frotar nudillos y pulgares.
 - Frotar la punta de los dedos en la palma opuesta.
 - Realizar fricción del antebrazo hasta el codo de forma circular, manteniendo las manos más altas que los codos.
 - Enjuagar manos y antebrazos bajo el chorro de agua, permitiendo que el agua escurra de las manos hacia los codos, sin regresar.
- **Método por pasadas (ej. 10 pasadas por cada área):** Seguir la misma secuencia de áreas (manos, muñecas, antebrazos hasta el codo), realizando un número específico de pasadas con el cepillo (si se usa) o con fricción vigorosa.
4. **Secado:** Tomar una toalla estéril, doblarla por la mitad y secar una mano con la mitad de la toalla, de los dedos al codo. Luego, con la otra mitad de la toalla (o una nueva), secar la otra mano. Desechar la toalla.
 5. **Mantener la asepsia:** Mantener las manos elevadas y separadas del cuerpo hasta el calce de los guantes estériles. No tocar ninguna superficie no estéril.

ENEMA

Definición

El **enema** es la introducción de una solución líquida en el recto y el colon sigmoide con el propósito de estimular la evacuación fecal, limpiar el intestino para procedimientos o administrar medicamentos.



Materiales

- **Guantes no estériles.**
- **Enema comercial preenvasado o equipo de enema de jarra** con la solución prescrita (agua jabonosa, solución salina, etc.).
- **Jalea lubricante hidrosoluble.**
- **Empapador** o protector de cama.
- **Cómodo** o **bacinica** (si el paciente no puede ir al baño).
- **Papel higiénico y toallitas húmedas.**
- **Toalla** para cubrir al paciente.
- **Soporte de venoclisis** (tripie, si se usa jarra de enema).

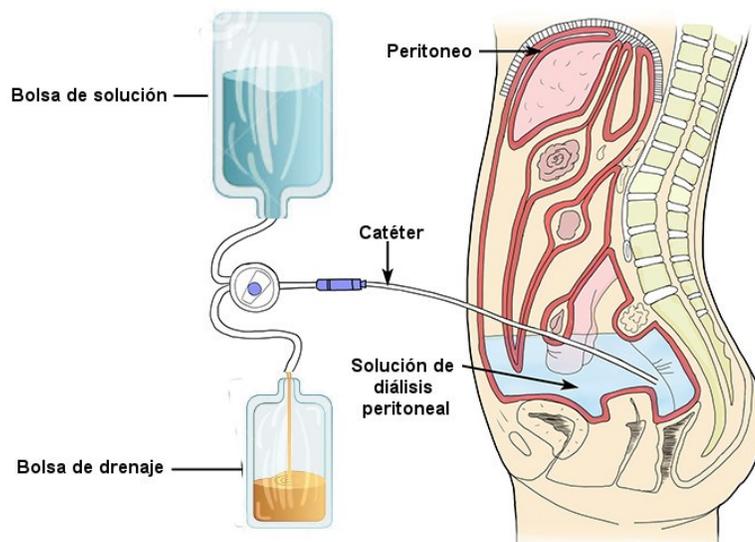
Procedimiento

1. **Preparación:** Lavado de manos, calce de guantes, identificación del paciente y explicación del procedimiento. Asegurar la privacidad. Posicionar al paciente en **posición de Sims** (decúbito lateral izquierdo con la pierna derecha flexionada). Colocar empapador bajo los glúteos.
2. **Preparación del enema:** Si es enema de jarra, elevar la jarra 30-45 cm por encima del ano y purgar el aire del tubo. Si es enema preenvasado, retirar la tapa protectora de la cánula.
3. **Lubricación e inserción:** Lubricar generosamente la cánula del enema (5-7 cm). Separar los glúteos del paciente. Pedir al paciente que respire profundamente. Insertar suavemente la cánula lubricada en el recto, dirigiéndola hacia el ombligo (7-10 cm). No forzar.
4. **Administración:**
 - **Enema preenvasado:** Comprimir lentamente el envase hasta vaciarlo.
 - **Enema de jarra:** Abrir la pinza para que la solución fluya lentamente. Si el paciente siente calambres, bajar la jarra o pinzar el tubo temporalmente.
5. **Retiro:** Una vez administrada la solución, retirar suavemente la cánula.
6. **Retención y evacuación:** Indicar al paciente que intente retener el enema el tiempo recomendado (ej. 5-15 minutos para enemas evacuantes). Ayudar al paciente a ir al baño o usar el cómodo.
7. **Post-procedimiento:** Ayudar al paciente con la limpieza perianal. Desechar material. Lavado de manos.
8. **Registro:** Documentar tipo y volumen de enema, respuesta del paciente, características de la evacuación y cualquier complicación.

DIÁLISIS PERITONEAL

Definición

La **diálisis peritoneal** es un tratamiento de diálisis que utiliza el peritoneo (membrana que recubre la cavidad abdominal) como filtro natural para limpiar la sangre. Se introduce una solución de diálisis en la cavidad abdominal, que permanece allí por un tiempo (tiempo de permanencia), para luego ser drenada, llevando consigo los productos de desecho y el exceso de líquido.



Materiales

- **Guantes estériles y guantes no estériles.**
- **Solución de diálisis peritoneal** prescrita (volumen, concentración de dextrosa).
- **Equipo de transferencia estéril** o sistema de conexión.
- **Mascarilla quirúrgica** para el paciente y el personal.
- **Antiséptico** (clorhexidina o povidona yodada) para el sitio del catéter.
- **Apósito estéril** para el catéter.
- **Calentador de bolsas** (si aplica).
- **Balanza** para pesar las bolsas.
- **Soporte de venoclisis** (tripie).
- **Contenedor para residuos biológicos.**

Procedimiento

1. **Preparación del ambiente:** Asegurar un área limpia, tranquila y privada. Cerrar ventanas, apagar ventiladores.
2. **Higiene:** Lavado de manos riguroso. Colocación de mascarilla quirúrgica por el paciente y el personal.
3. **Preparación de la solución:** Verificar la solución de diálisis (tipo, volumen, fecha de caducidad, claridad). Calentar la solución a temperatura corporal si es necesario.
4. **Preparación del sitio del catéter:** Colocarse guantes limpios para manipular el catéter inicialmente. Limpiar el sitio de salida del catéter peritoneal con antiséptico.
5. **Conexión y drenaje:**
 - Calzarse guantes estériles.
 - Conectar el equipo de transferencia/líneas a la bolsa de solución y al catéter peritoneal del paciente, siguiendo una técnica estéril.
 - Abrir la pinza que permite el drenaje de la solución de diálisis antigua de la cavidad peritoneal a la bolsa de drenaje. Dejar drenar completamente.
6. **Infusión:**
 - Una vez completado el drenaje, pinzar la línea de drenaje.
 - Abrir la pinza que permite el flujo de la nueva solución de diálisis desde la bolsa hacia la cavidad peritoneal del paciente.
 - Dejar infundir el volumen prescrito.
7. **Tiempo de permanencia:** Pinzar todas las líneas y permitir que la solución permanezca en la cavidad peritoneal durante el tiempo prescrito por el médico.
8. **Drenaje final y desconexión:**
 - Al finalizar el tiempo de permanencia, repetir el proceso de drenaje.
 - Una vez drenado, pinzar todas las líneas y desconectar el sistema, asegurando la técnica estéril.
 - Aplicar un apósito estéril en el sitio del catéter.

9. Monitoreo y registro:

- **Pesar las bolsas de drenaje** y registrar el volumen drenado y el balance negativo/positivo.
- Evaluar el efluente (líquido drenado): color (debe ser claro, no turbio), presencia de fibrina.
- Monitorear signos vitales, peso del paciente.
- Observar signos de peritonitis (dolor abdominal, fiebre, efluente turbio).
- Documentar el ciclo de diálisis (hora de inicio/fin, volumen infundido, volumen drenado, balance, características del efluente, tolerancia del paciente).