



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE  
UNIVERSIDAD UDS**

**PLANTEL VILLAHERMOSA, TABASCO**

---

Licenciatura en Enfermería

**Nombre de la materia: práctica clínica**

**Tema: investigación estilización, soluciones y venoclisis**

Presenta:

Blanca Flor Díaz Vázquez

Asesora: Gabriela Priego Jiménez

Grado: 6to cuatrimestre y grupo: A

**Villahermosa, tabasco**

**fecha: 30/05/20**

## ESTERILIZACIÓN CON VAPOR.

La esterilización consiste en matar o inactivar de manera irreversible todos los microorganismos capaces de reproducirse.

1. Gravitatorios: ya casi no se utilizan.
2. Pre vacío: El más utilizado en el medio hospitalario es el autoclave de vacío fraccionado (los diferentes programas, alternan varios vacíos con inyecciones de vapor).

## TIPOS DE ESTERILIZACIÓN

Según el tipo de material que se precisa esterilizar, se elegirá un tipo de esterilización u otro. Así, por ejemplo, hay materiales termo-sensibles (gomas, plásticos), materiales absorbentes (textil), etc.

- CALOR SECO: casi no se utiliza, ya que el material a esterilizar debe sufrir una temperatura de 180° C. durante 30 min., con lo que sale "quemado". A este tiempo de "exposición al calor", hay que sumar el tiempo que tarda en llegar a 180° C. y el tiempo que tarde en enfriarse para poder manipularlo. Se realiza en unas cámaras llamadas estufas Poupinelle.
- B-CALOR HÚMEDO (VAPOR DE AGUA): el agente esterilizante es el vapor de agua. La esterilización se producirá teniendo en cuenta tres parámetros, TEMPERATURA, PRESIÓN Y TIEMPO. Es el método de elección por excelencia para la esterilización hospitalaria debido a la gran cantidad de ventajas que presenta.
- MÉTODOS FÍSICO-QUÍMICOS: El agente esterilizante es un gas. Se utilizan para aquellos materiales termosensibles, ya que el proceso de esterilización se realiza a baja temperatura (unos 50° C.)

## BAÑO DE REGADERA

Es el baño que se realiza en la ducha cuando la condición del paciente lo permite.

- Objetivo
  - ✚ Promover y mantener hábitos de higiene personal.
  - ✚ Eliminar sustancias de desecho y facilitar la transpiración.
  - ✚ Activar la circulación periférica y la ejercitación de los músculos.
  - ✚ Observar signos patológicos en la piel y estado general del paciente.
  - ✚ Proporcionar comodidad, confort y bienestar.

➤ Material y equipo

- ✚ Toalla.
- ✚ Toallitas.
- ✚ Jabonera con jabón.
- ✚ Silla.
- ✚ Camisón o pijama.
- ✚ Silla de ruedas si es necesario.
- ✚ Shampoo.

➤ Descripción del procedimiento

1. Prepare el baño con todo lo necesario al alcance del paciente.
2. Ayude al paciente a ir al baño.
3. Si es necesario traslade al paciente en silla de ruedas.
4. Ayude a desvestirse proporcionando privacidad.
5. Observar al paciente en busca de lesiones en la piel o cambios en su estado general.
6. Ayúdele a entrar al baño cuidando que no se caiga el paciente.
7. Deje al paciente que se bañe solo si su condición lo permite, ayúdelo a lavarse la espalda.
8. Ayúdelo a secar la espalda y miembros inferiores, la humedad ayuda al crecimiento de microorganismos.
9. Ayude a vestirse y trasládalo a la unidad del paciente.
10. Descarte la ropa sucia.
11. Termine con el arreglo personal del paciente, proporcionándole seguridad emocional y confort.
12. Deje el equipo limpio y en orden.
13. Lávese las manos.
14. Haga anotaciones del expediente clínico del paciente si es necesario, permite el seguimiento sistemático y oportuno de la atención del paciente

➤ Intervenciones de enfermería:

- Las altas temperaturas de agua producen quemaduras que pueden ir desde el primer al tercer grado.
- Ayudar al paciente a desvestirse y a sentarse en la silla, en caso de que se requiera.
- El agua muy caliente debilita con facilidad a un paciente debido a la vasodilatación que produce hipotensión arterial.
- permanecer cerca del baño para prestar ayuda al paciente, en caso necesario.
- El agua caliente hace que los músculos se relajen, favoreciendo la lipotimia.

- al terminar el paciente de bañarse, ayudarlo a vestirse y trasladarlo a su unidad correspondiente.
- Cuando un paciente se esta recuperando, nunca hay que dejarlo solo en el baño, ya que puede sufrir un traumatismo o complicación que pueda repercutir seriamente en su estado de salud.

## BAÑO DE ESPONJA

Es el aseo general que se realiza a un paciente que no puede o que no está permitido asearse en tina o en ducha, esto implica que la frecuencia de baño depende de la condición física del paciente, sus hábitos personales, su actividad, o el estado que guarda su piel, la cantidad de transpiración y la temperatura ambiente.

### ➤ Principios científicos

- ✚ la temperatura inapropiada de agua puede lesionar los tejidos y causar molestias innecesarias.
- ✚ cada persona tiene distinta tolerancia al calor.
- ✚ en ocasiones la piel se irrita y por composición química de ciertos jabones,
- ✚ por percusiones por brazos durante el baño desde la región distal hacia la próxima aumentan la circulación venosa.
- ✚ mover las articulaciones en toda su amplitud contribuye a prevenir las contracturas musculares y mejora la articulación.
- ✚ la invasión de la privacidad del paciente puede comprometer su tranquilidad mental.
- ✚ el jabón reduce la tensión superficial y facilita la eliminación de impurezas y bacterias al aplicar fricción durante el aseo.

### ➤ Objetivo

- ✚ fomentar hábitos higiénicos a través de la enseñanza sobre medidas higiénicas y otros aspectos en relación de la salud.
- ✚ Limpiar y proporcionar bienestar físico.
- ✚ eliminar las células muertas, las secreciones, el sudor y el polvo.
- ✚ favorecer las funciones circulatorias por medio de la movilización y el masaje.
- ✚ valorar el estado de la piel y apéndices

### ➤ Material y equipo

- ✚ un bañador
- ✚ un recipiente o jarra con agua fría

- ✚ un recipiente con agua caliente
- ✚ un balde para agua sucia(si no cuenta con baño o lava manos)
- ✚ una toalla(si es posible de baño)
- ✚ una toalla de cara(exclusivamente para el uso de esta área)
- ✚ un jaboncillo(utilizar una jabonera)
- ✚ torundas de algodón
- ✚ tijeras o corta uñas
- ✚ Ropa de cama
- ✚ pijama hospitalaria o camisón
- ✚ locion o crema para la piel(opcional)
- ✚ talco(opcional)
- ✚ bolsa de desperdicio(plásticas)

➤ Procedimiento

1. lavarse las manos
2. saludar e identificar y presentarse al paciente.
3. explicar el procedimiento a seguir, solicitar su cooperación
4. preparar el equipo y llevarlo a la unidad
5. disponer el equipo en un sitio conveniente (mesa de noche o mesa de sobre cama)
6. cerrar las ventanas, correr las cortinas, colocar un biombo (si se tiene en la institución)improvisar cualquier medida para darle privacidad al paciente
7. si las condiciones físicas del enfermo lo permite, se coloca el paciente en posición decúbito, dorsal plana de lo contrario adoptar una postura cómoda según las limitaciones del paciente
8. aflojar la ropa de cama por los costados
9. retirar el sobrecamas y frazadas colocando las mismas en una silla o bien en el respaldar de la cama, aprovechar el momento y colocar las sabanas que se van a cambiar según el orden de uso
10. retirar la almohada y colocar también en la silla
11. mantener la sabana superior para cubrir al paciente
12. acercar al paciente al borde de la cama del lado próximo sin descubrirlo
13. verter agua fría y caliente en el bañador, mantener la temperatura adecuada de 36°C o según la tolerancia del paciente
14. colocar la toalla en el pecho del paciente en sentido transversal
15. hacer una manopla con el mitón de baño, humedecerla, exprimirla, e iniciar el baño
16. colocar la toalla debajo del brazo opuesto del lado en que se encuentre usted
17. colocar la toalla sobre el cuerpo del paciente no debajo de la ropa de la cama cubrir el tórax anterior y el abdomen

18. pedir al paciente que se acomode en posición lateral o en decúbito ventral sin descubrirlo y ayudarlo si es necesario
19. cubrir al paciente con la ropa superior de la cama y dejar al descubierto el miembro inferior distal al alado del que usted se encuentra
20. concluir con el limpieza de la zona púbica y rectal
21. bajar el camisón y/o pijama hospitalaria y colocar uno limpio
22. proporcionar el método del cuidado del cabello
23. arreglar la cama, cambiando la ropa según la necesidad
24. dejar al paciente cómodo y la unidad bien arreglada
25. hacer el registro correspondiente, indicando la hora, condiciones del paciente y observaciones de la piel y apéndices
26. dar cuidados posteriores al equipo.

➤ Intervención de enfermería:

1. Promueve la cooperación y participación del paciente.
  2. Facilita el acceso del personal de enfermería y la posición del paciente.
  3. Evita que se manchen o humedezcan durante el baño y favorece el baño.
- 
4. Evita los movimientos y exposiciones innecesarias
  5. Mantiene comodidad del paciente.
  6. Permite un lavado meticuloso.
  7. El jabón tiende a reseca la cara.
  8. Evita pérdida de calor por evaporación.
  9. Facilita el procedimiento.
  10. Evita restos de jabón en el cuerpo y mantiene la temperatura corporal
  11. Permite frescura y adaptación del baño.
  12. Completa una parte regional del cuerpo.
  13. Cubrir al paciente mantiene el calor corporal y la privacidad.
  14. Evita enfriamientos innecesarios.
  15. Mantiene temperatura corporal y privacidad.
  16. Entre los dedos puede haber secreciones y humedad.
  17. Evita desgaste de energía y mantiene posición corporal del personal.
  18. Mantiene el calor y evita exposiciones innecesarias.
  19. Completa el procedimiento totalmente y evita la transmisión de infecciones.
  20. La loción corporal evita sequedad de la piel.
  21. Promueve el auto imagen del paciente.
  22. Proporciona un ambiente limpio.
  23. Reduce la transmisión de microorganismos.

## GLUCOSADA

**Glucosa al 5%:** es como dar agua, no sirve desde el punto de vista nutritivo (el aporte de glucosa es despreciable).útil en desequilibrios hipertónicos en los que se quiere diluir el interior del organismo; también se utiliza para diluir fármacos.

**Glucosa al 10%:** puede utilizarse con fin nutritivo o diurético.

**Soluciones mixtas:** glucosalina como solución isotónica se prescribe cuando existe deshidratación de diversos orígenes, para mantener el volumen de plasma sanguíneo durante y después de la cirugía y como disolvente para diversos fármacos.

La solución es usada en casos pediátricos con deshidratación hipertónica, coma insulínico y coma hepático.

**Soluciones Hartmann:** La solución Hartmann o Ringer lactato está indicada para la restitución y/o mantenimiento de volumen circulante, en pacientes con pérdidas patológicas que requieren de aporte calórico y electrolítico como hemorragia quirúrgica o traumática, deshidratación isotónica, hiperhidrosis, ingestión deficiente de líquidos.

**Fisiológica:** El suero fisiológico, también conocido como cloruro de sodio al 0,9%, es una solución salina esterilizada utilizada para hacer perfusiones en la vena en casos de disminución de líquidos o sal en el organismo, limpieza ocular, nasal, quemaduras y heridas o para al realización de nebulizaciones.

## TIPOS DE PUNZOCAT

- -picc
- -tunelizado
- -reservorio subcutáneo

Números de punzocat y grupos de edad que se utiliza

Los catéteres venosos más pequeños tienen números pares más altos, siendo el número 26 el más fino y el 14 el más grueso. En adultos los números más utilizados son el 22, el 20 y el 18 y en niños usaremos del 22 al 26.

Calibres de punzocat

color	Calibre
Naranja	14 y 17 G
Gris	16 y 19 G
Verde	18 y 20 G

Rosa	20 y 22 G
Azul	22 y 24 G
Amarillo	24 Y 26 G

## Definición de venoclisis

La venoclisis es una práctica que consiste en introducir al organismo una sustancia terapéutica mediante una vena. Se lleva a cabo especialmente en algunas venas que garantizan la ausencia de inconvenientes, como por ejemplo las del antebrazo.

### ➤ Objetivo

- Administrar fluidos cuando los pacientes tienen incapacidad de ingerir un volumen adecuado de líquidos por vía oral.
- Proporcionar las sales necesarias para mantener el equilibrio electrolítico.
- Aportar Glucosa (dextrosa), fuentes de energía principal para el metabolismo.
- Proporcionar una vía para administración de fármacos hidrosolubles.
- Establecer una vía de administración rápida en un momento de urgencia.

### ➤ Principios

- La presión de las venas es mayor que la presión atmosférica, por lo que si se inyecta solución en una vena deberá hacerse a una presión mayor para vencer la de la vena.
- La punción de las paredes de la vena causa sangrado y puede producir hematomas.
- La aplicación de la ligadura ocasiona interrupción de la circulación venosa y de esta manera se distienden y permite que la sangre fluya hacia el interior de la aguja.

### ➤ Material y equipo

- Bandeja.
- Guantes estériles.
- Lazo hemostático.
- Descartador de objetos punzantes.
- Tela adhesiva.
- Tegaderm.
- Solución a administrar estéril con su respectiva guía de perfusión (macro gotero, micro gotero).
- Torunda de algodón, con antiséptico de uso en el servicio.



- Catéter endovenoso (tipo Abbocath), calibre según necesidad del paciente. Recordar que si hay que pasar soluciones rápidas o transfusiones de sangre el Abbocath debe ser de calibre 14 a 18.
- Gasas.
- Llave de tres vías con alargador.
- Soporte de suero.
- Bomba de infusión si se dispone.
- Rotular la solución con identificación: nombre y apellido del paciente, HC, cama, servicio, tipo de solución, agregados, hora, fecha, goteo de flujo y firma del enfermero con N° de matrícula.
- Etiquetar la zona donde se colocó la venoclisis con fecha, hora, nombre de enfermero, matrícula.

➤ Técnica

- Lavado de manos.
- Preparar al paciente e informar el procedimiento.
- Abrir y preparar el equipo. Introducir la espiga en el contenedor de la solución.
- Colgar el contenido en el soporte de suero y llenar parcialmente la cámara de goteo.
- Quitar la tapa del extremo distal manteniendo siempre la asepsia; abrir la pinza y dejar correr el líquido para purgar la guía observando que no queden burbujas en el tubo.
- Volver a cerrar la pinza del tubo y colocar la tapa.
- Poner el rótulo identificatorio.
- Colocarse los guantes.
- Seleccionar y preparar el punto de punción, elegir partes más proximales de las venas, lugar de elección más utilizada para punción es el (pliegue del brazo, dorso de la mano, dorso del pie y safena)
- Colocar el torniquete alrededor de 15 a 20 cm por encima de la vena seleccionada.
- Si la vena no está lo suficientemente visible, realizar pequeños golpecitos sobre la piel en dirección del flujo venoso hacia el corazón.
- Si no se visualiza o palpa la vena, soltar el lazo e intentar en otro sitio. Repetir nuevamente el procedimiento.
- No tratar de alcanzar una vena más de dos veces. Si después de la segunda vez no se puede localizar una vena con la aguja, hay que solicitar ayuda de otra persona.
- Limpiar zona de punción con antiséptico por norma institucional.

- Realizar la asepsia desde el centro hacia la periferia.
  - Permitir que la solución se seque.
  - Cuanto menor sea el calibre, más grueso será el catéter y se puede administrar el medicamento más rápidamente y extraer mejor la sangre.
  - Insertar el catéter (Abbocath) con el bisel hacia arriba en un ángulo de 15 a 30 grados.
  - Una vez que aparezca sangre en la luz del catéter, se retira el mandril de a poco a medida que se va introduciendo suavemente el teflón.
  - Liberar el torniquete, conectar al extremo el tubo de perfusión y liberar el goteo.
  - Desecha la aguja en un contenedor de objetos punzantes adecuado.
  - Colocar el **tegaderm**, si no hay, utilizar cinta y realizar procedimiento como se describe en el próximo párrafo.
  - Fijar el catéter con un método en “U”, utilizar tres tiras de tela adhesiva, doblar una para ambos lados, la otra sobre las terminales del catéter y la última para sostener el tubo.
  - Cubrir con una etiqueta que figure fecha, hora y calibre del catéter.
  - Una vez que aparezca sangre en la luz del catéter, se retira el mandril de a poco a medida que se va introduciendo suavemente el teflón.
  - Liberar el torniquete, conectar al extremo el tubo de perfusión y liberar el goteo.
  - Desecha la aguja en un contenedor de objetos punzantes adecuado.
  - Colocar el **tegaderm**, si no hay, utilizar cinta y realizar procedimiento como se describe en el próximo párrafo.
  - Comprobar si la colocación fue óptima, y esto se hace poniendo el sachet de solución por debajo del lugar donde se realizó la punción para verificar si hay retorno de sangre por la vía del suero.
  - Asegurarse que el flujo de perfusión sea el indicado.
  - Rotular el sachet de la solución con nombre del paciente, número de cama, servicio, hora de comienzo, velocidad de goteo y nombre completo de enfermero.
  - Documentar los datos en hoja de enfermería, si se realizó cambio de tubuladura, hora de comienzo del plan y finalización según goteo, tipo de solución.
  - Firmar registro con N° de matrícula, nombre y apellido claros del enfermero.
- Intervenciones de enfermería
- Observar con la frecuencia el sitio de inserción y las zonas adyacentes a éste, para identificar oportunamente la extravasación de líquido.

- La infusión ha de suspenderse y reanudarse en otro lugar con las debidas precauciones que este procedimiento requiere.
- Siguiendo las reglas de asepsia, utilizando técnica estéril para evitar otras complicaciones.
- Asegurarse de que la cámara del catéter se llene de sangre para asegurarnos que estamos en espacio intravascular.
- Tener el cuidado de no presionar el área antes de extraer la aguja para evitar lesiones en el endotelio o ponchar la vena.
- Preferentemente seleccionar venas que no estén en puntos de flexión y extensión.
- Enseñar al usuario a detectar y reportar oportunamente la presencia de dolor y/o ardor en el sitio de punción.