



Nombre de alumnos: Kerilin Dominguez Marquez

**Nombre del profesor: Nancy Domínguez
Torres**

**Nombre del trabajo: Manual de procedimientos de
enfermería**

Materia: Fundamentos de Enfermería III

Grado: 3er Semestre De Lic En Enfermería

Grupo: Escolarizado



Pichucalco, Chiapas a 28 de julio del 2021.

PARCIAL 4 TEMA: VALORACIÓN DE LA SALUD

Objetivo: Conocer y aplicar los principios que sustentan los cuidados integrales de enfermería. Proporcionar cuidados integrales de enfermería, desarrollando planes de cuidados y evaluando la calidad de los mismos. Estudiar, conocer y aplicar el Proceso Enfermero. estudiar un Modelo Enfermero como base para los cuidados de enfermería. Conocer y definir la terminología relacionada. Citar y explicar los factores que influyen en la satisfacción de la necesidad, y los problemas de dependencia.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

INTRODUCCION

En este “manual de procedimientos de enfermería” se describira ampliamente los pasos en las diferentes actividades y tareas de acuerdo al proceso sustantivo de enfermeria, que es la “gestión del cuidado enfermero” y de acuerdo a los perfiles establecidos al personal.

De modo que el manual de procedimientos de enfermería se concibe como el instrumento que establece los mecanismos esenciales para el desempeño operativo y de cuidado directo de las áreas de atención, de forma que proporciona información básica para orientar al personal respecto a la dinámica funcional, de manera que también es considera como una herramienta imprescindible para guiar, en forma ordenada, la ejecución de las actividades, de manera que se evite ciertos daños o reaccion y se optimice el aprovechamiento de los recursos y se agilicen los cuidados que se dan al paciente, es por ello que en este sentido, se pretende que la estructura del manual refleje fielmente las actividades específicas que se llevan acabo los procedimientos.

Es asi como el presente manual es una guía que orienta las diferentes instrucciones de trabajo del personal de enfermería y guía el desarrollo de las prácticas de los estudiantes en el proceso del servicio.

INDICE

PRESENTACION.....	1
INTRODUCCION.....	2
INDICE.....	3
TECNICAS ESPECIALES DE ENFERMERIA.....	4
Administración de medicamentos por vía oral.....	4.1
Administración de medicamentos por vía intradérmica.....	4.2
Administración de medicamentos por vía subcutánea.....	4.3
Administración de medicamentos vía intramuscular.....	4.4
Administración de medicamentos por vía intravenosa.....	4.5
VALORACION DE SIGNOS VITALES.....	5
Toma de la T/A.....	5.1
Toma de la frecuencia cardiaca.....	5.2
toma de la frecuencia respiratoria.....	5.3
toma de la temperatura.....	5.4
TIPOS DE BAÑOS EN EL PACIENTE.....	6
Baño de esponja o paciente encamado.....	6.1
Baño de regadera.....	6.2
INSTALACION DE LA SONDA NASOGASTRICA.....	7
Lavado gástrico.....	7.1
Succión gástrica.....	7.2
ASEO PERINEAL.....	8
Lavado Vaginal.....	8.1
Aplicación de Enemas.....	8.2
CONCLUSION.....	9

4

“CONTENIDO DEL MANUAL”

TECNICAS ESPECIALES DE ENFERMERIA

4.1-ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ORAL

Concepto: Procedimiento que permite el paso de 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.

Equipo:

- Charola con equipo básico y equipo específico.
- Vasos graduados y sin graduar.
- Agitador, si es necesario.

Procedimiento:

1. Identificar al paciente.
2. Explicar el objetivo.
3. Ofrecer el agua necesaria para su ingestión y cerciorarse de que el medicamento sea deglutido.
4. Observar las reacciones del paciente mientras se desecha o coloca el vaso del medicamento en agua jabonosa y colocar la tarjeta horario en el sitio correspondiente a medicamentos administrados.

4.2-ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO POR VIA INTRADERMICA

Concepto: Procedimiento por el cual se introduce una sustancia inyectable debajo de la epidermis.

Objetivos:

- Realizar pruebas diagnósticas de hipersensibilidad o susceptibilidad a determinados medicamentos.
- Lograr desensibilidad e inducir inmunidad.

Equipo:

- Registro de fármacos.
- Bandeja de fármacos o carrito.
- Jeringa de 1ml con aguja hipodérmica n. 26 o 27.
- Torunda con alcohol.
- Medicamento prescrito.
- Guantes si es necesario.

Procedimiento:

1. Tome en cuenta el procedimiento de preparación de medicamentos inyectables.
2. Identifique al paciente y explíquelo el procedimiento.
3. Seleccione el sitio de la aplicación, donde la piel no este lesionada ni presenta alteraciones en el color.
4. Limpie el área con un algodón con antiséptico con movimientos circulares y de adentro hacia fuera.
5. Tome el antebrazo del paciente y tire suavemente de la piel para ponerla tensa.
6. Inserte la aguja en un ángulo de 10° a 15° con el bisel hacia arriba. No aspire.
7. Inyecte lentamente y observe signos de formación de roncha o descoloramiento del sitio.
8. Extraiga la aguja y proporcione golpes suaves en el área no masajes por que puede dispersar el fármaco.
9. Coloque al paciente en posición cómoda, deseche la jeringa y la guja sin encapuchar el contenedor indicado y registre el fármaco y sitio usado.
10. Registre el fármaco, vía, dosis, hora y reacciones.

4.3-ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VIA SUCUTANEA:

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

Objetivo:

- Introducir medicamentos que requieren absorción lenta por vía parenteral.

Equipo:

- Charola con equipo básico.
- Equipo respectivo para vía inyectable.
- Equipo específico (jeringa con escala en unidades internacionales y agujas hipodérmicas de calibre 27 a 29, con bisel corto y longitud de 1 a 2.5 cm, según el tejido adiposo existente).

Procedimiento:

- 1.Lávese las manos y siga los pasos del procedimiento de preparación de medicamentos inyectables.
- 2.Identifique al paciente y explíquelo el procedimiento.
- 3.Póngase los guantes.
- 4.Ayude al paciente, a adoptar una posición cómoda y relajada en la que el brazo, pierna o abdomen queden expuestas.
- 5.Seleccione una zona que no presente tumefacción o lesiones y elija un punto que no se haya utilizado con frecuencia. Recuerde alternar los sitios.
- 6.Limpie la zona con torunda de algodón en forma circular.
- 7.Pellizque o estire la piel mediante el pulgar y el índice.
- 8.Sujete la jeringa como un dardo entre el pulgar y el índice con la palma hacia un lado o hacia arriba, inserte la aguja en un Angulo de 45ª y con la palma hacia abajo para una inserción en un Angulo de 90ª.
- 9.Aspire estirando del embolo hacia atrás. Si entra sangre en la jeringa, retire la aguja y deseche la jeringa, si no entra la sangre, continúe la administración de medicamento.

10. Inyecte el medicamento lentamente manteniendo la jeringa firme.
11. Retire la aguja rápidamente, mientras que presiona la piel con su mano no dominante.
12. De masaje ligeramente en la zona de inyección o aplique leve presión.
13. Deseche la aguja sin encapuchar y la jeringa en sus respectivos receptáculos o contenedores.
14. Registre medicamento. Vía, hora, dosis y valore de nuevo al paciente para observar efecto o reacción.

4.4-ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO VIA INTRAMUSCULAR:

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

Objetivo:

- Proporcionar un medicamento que el cliente necesita, con un efecto relativamente corto.

Equipo:

- Registro de medicamentos.
- Medicamento en ampolla o frasco.
- Jeringa estéril del tamaño adecuado.
- Torundas de algodón y guantes limpios.

Procedimiento:

1. Lávese las manos y siga los pasos de preparación de medicamentos.
2. Si el medicamento es irritante para el tejido subcutáneo, cambie la aguja de la jeringa antes de la inyección.
3. Identifique al cliente y pídale su nombre y explíquele el procedimiento.
4. Ayude al paciente a adoptar una posición decúbito supino, lateral, prona o sentado, dependiendo de la zona elegida.

5. Seleccione la zona de la piel. Determine si el tamaño del musculo es adecuado para la cantidad de medicación que va a inyectar.
6. Póngase guantes y limpie la zona con antiséptico, con movimiento circular de adentro hacia afuera alrededor de unos 5cm.
7. Confirme la medicación y la dosis correcta.
8. Invierta 1 jeringa y expulse el exceso de aire dejando solo 0.2ml de aire.
9. Utilice la mano no dominante para estirar la piel en el punto de inyección (se pellizca la piel al paciente pediátrico o geriátricos para aumentar la masa muscular)
10. Sostenga la jeringa entre los dedos pulgar e índice; pinche la piel rápidamente en un Angulo de 90°.
11. aspire, estirando el embolo hacia atrás, si no entra sangre a la jeringa inyecte el Mx. Lentamente.
12. Retire rápidamente la aguja y de masaje en el punto de inyección.
13. Deseche la aguja y la jeringa, lávese las manos y registre toda la información relevante.
14. Deje cómodo al paciente y valore efectos del Mx.

4.5-ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO VIA INTRAVENOSA:

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

Objetivo:

- Lograr el efecto del fármaco en un tiempo mínimo.

Equipo:

- Jeringas y agujas estériles.
- Medicación indicada.
- Torundas con alcohol.
- Contenedor de punzocortantes.
- Registro para la medicación.

- Torniquete.
- Cinta adhesiva si necesita.

Procedimiento:

1. Lávese las manos y siga el procedimiento de preparación de Mx.
2. Identifique al paciente en posición sentado o acostado en decúbito dorsal.
3. Seleccione una vena a puncionar.
4. Coloque la ligadura a 10cm aprox. Por arriba del punto de punción acomodando la extremidad sobre un punto de apoyo.
5. Haga la asepsia de la región.
6. Purgue el aire de la jeringa e introduzca la aguja con el bisel hacia arriba y formando un ángulo menos de 30° entre la jeringa y el sitio a puncionar.
7. Cerciórese que ha puncionado la vena aspirando un poco de sangre.
8. Suelte la ligadura e introduzca el Mx, lentamente aspirando periódicamente para confirmar la permanencia de aguja en la vena.
9. Retire la aguja y coloque una torunda, haciendo presión en el área.
10. Deje cómodo al paciente y observe efectos de la medicación.
11. Deseche la aguja y jeringa en el contenedor y registre los datos del Mx. (dosis, vía, hora y firma).

5

VALORACION DE SIGNOS VITALES

5.1-TOMA DE LA TENSION ARTERIAL:

Concepto: La presión arterial depende de la fuerza de la actividad cardiaca, elasticidad de las paredes arteriales, resistencia capilar, tensión venosa de retorno y del volumen y viscosidad sanguínea, por tal razón es necesario considerar este signo vital tanto en el estado de salud como de enfermedad, de forma que para su medición se requiere un esfigmomanómetro (baumanómetro) y un estetoscopio; el primero puede ser de mercurio o aneroide y el segundo tiene un sistema de amplificación y control de tono; el

esfigmomanómetro consta de un manómetro de presión, un brazalete de compresión consistente en una bolsa de caucho insuflable protegida con cubierta no elástica y una perilla de presión fabricada de goma o caucho y con una válvula de tornillo para controlar la presión del aire insuflado, es así como para medir la presión arterial se puede recurrir a los métodos palpatorio, auscultatorio u oscilométrico, principalmente por el método palpatorio se obtiene únicamente la medición de la presión sistólica; por el auscultatorio o mediano se obtienen las presiones sistólicas y diastólicas debido a la interposición de un estetoscopio; y por el método oscilométrico se mide la presión arterial con un manómetro aneroide, las oscilaciones de la pared arterial originadas por diferentes presiones, las cuales se transmiten en los tejidos subyacentes del punto donde se realiza la compresión.

Equipo o Material:

- Esfigmomanómetro de mercurio o aneroide.
- Estetoscopio.
- Hoja para registro.
- Bolígrafo.

Procedimiento:

1. Indicar al paciente que descanse, ya sea acostado o sentado, de forma que hay que ayudarlo a colocar el brazo apoyado en la cama o mesa en posición supina.
2. Colocar el esfigmomanómetro en un sitio cercano, de forma que el aparato debe colocarse de manera que la escala sea visible por el personal de enfermería.
3. Colocar el brazalete alrededor del brazo con el borde inferior 2.5 cm por encima de la articulación del brazo a una altura que corresponda a la del corazón, evitando presión del brazo.
4. Colocar el estetoscopio en los conductos auditivos externos con las olivas hacia delante.
5. Con las puntas de los dedos medio e índice, localizar la pulsación más fuerte, colocando el estetoscopio en este lugar, procurando que éste no quede por abajo del brazalete, pero sí que toque la piel sin presionar, es así como hay que sostener la perilla de caucho con la mano contraria y cerrar la válvula del tornillo.

6.Mantener el estetoscopio sobre la arteria y realizar la acción de bombeo con la perilla, e insuflar rápidamente el brazalete hasta que el mercurio se eleve 20 o 30 mm Hg por arriba del nivel en que la pulsación de la arteria ya no se escuche.

7.Aflojar cuidadosamente el tornillo de la perilla y dejar que el aire escape lentamente, de forma que podamos escuchar con atención el primer latido claro y rítmico, de manera que se observara el nivel de la escala de mercurio y se realiza la lectura, por el cual esta cifra es la presión sistólica.

8.Continuar aflojando el tornillo de la perilla para que el aire siga escapando lentamente y mantener la vista fija en la columna de mercurio, es así como se escuchara cuando el sonido agudo cambia por un golpe fuerte y amortiguado, de manera que este será el último sonido claro es la presión diastólica, de forma que así mismo hay que abrir completamente la válvula, dejando escapar todo el aire del brazalete y retirarlo.

9.Repetir el procedimiento para confirmar los valores obtenidos o para aclarar dudas.

10.Valorar resultados obtenidos.

11.Hacer las anotaciones correspondientes en la hoja de registro.

5.2-TOMA DE LA PULSO O FECUENCIA CARDIACA:

Concepto: El pulso es un indicador de la función cardiaca.

Equipo o Material:

- Reloj segundero.
- Hoja de registro.
- Bolígrafo.

Procedimiento:

- 1.Cerciorarse de que el brazo del paciente descansa en una posición cómoda.
- 2.Colocar las puntas de los dedos índice, medio y anular sobre la arteria elegida.
- 3.Oprimir los dedos con suficiente fuerza para percibir fácilmente el pulso.
- 4.Percibir los latidos del pulso y contarlos durante 1 min.

5.Registrar el pulso en la hoja y sobre todo anotar las características encontradas.

5.3-TOMA DE FRECUENCIA RESPIRATORIA:

Concepto: La valoración de la respiración es el procedimiento que se realiza para conocer el estado respiratorio del organismo.

Objetivos:

- Valorar el estado de salud o enfermedad.
- Ayudar a establecer un diagnóstico de salud.

Equipo o Material:

- Reloj segundero.
- Hoja de registro.
- Bolígrafo.

Procedimiento:

- 1.Colocar al paciente en posición sedente o decúbito dorsal. De ser posible, la respiración debe valorarse sin que éste se percate de ello.
- 2.Tomar un brazo del paciente y colocarlo sobre el tórax, poner un dedo en la muñeca de su mano como si se estuviera tomando el pulso.
- 3.Observar los movimientos respiratorios y examinar el tórax o el abdomen cuando se eleva y se deprime.
- 4.Contar las respiraciones durante 1 min y hacer la anotación en la hoja de registro.
- 5.Valorar alteraciones y tipos característicos de respiración.

5.4-TOMA DE TEMPERATURA:

Concepto: Procedimiento que se realiza para medir el grado de calor del organismo humano en las cavidades bucal o rectal, o en región axilar o inguinal.

Objetivos:

- Valorar el estado de salud o enfermedad.
- Ayudar a establecer un diagnóstico de salud.

Equipo y Material:

- Charola con termómetros en número y tipo según necesidades.
- Recipiente portatermómetros con solución antiséptica.
- Recipiente con agua.
- Recipiente con torundas secas.
- Recipiente con solución jabonosa.
- Bolsa de papel.
- Hoja de registro.
- Abatelenguas.
- Lubricantes en caso de tomar temperatura rectal.

Procedimiento:

- 1.Seguir pasos del 1 al 5 del procedimiento del método bucal.
- 2.Secar axila o ingle con torunda y colocar el bulbo del termómetro en el centro axilar o en la ingle.
- 3.Colocar el brazo y antebrazo del paciente sobre el tórax a fin de mantener el termómetro en su lugar.
- 4.Dejar el termómetro de 3 a 5 min en la axila o en la ingle y retirarlo.
- 5.Seguir pasos 7 a 11 del procedimiento del método bucal.

6

TIPOS DE BAÑOS EN EL PACIENTE

6.1-BAÑO AL PACIENTE ENCAMADO

Concepto: Es la limpieza general que se proporciona a un paciente en su cama, cuando no puede o no le está permitido bañarse en regadera o tina.

Objetivos:

- Eliminar las células muertas, secreciones, sudor y polvo.
- Favorecer la función circulatoria por medio de la movilización y el masaje.
- Lograr comodidad y bienestar.

Equipo y material:

- 2 recipientes; uno con agua fría y otro con agua caliente.
- Lavamanos o lebrillo.
- 1 recipiente para agua sucia.
- 1 jabonera con jabón.
- 1 o 2 toallas grandes.
- 2 toallas faciales o paños.
- Torundas de algodón.
- 1 camisón o pijama.
- Aplicadores
- Juego de ropa para cama.
- Talco, loción o alcohol.
- 1 recipiente para ropa sucia o tanico.

Procedimiento:

- 1.Preparar el equipo en el cuarto de trabajo.
- 2.Explicar el procedimiento al paciente y ofrecerle el cómodo u orinal.
- 3.Cerrar puerta, ventanas, cortinas o colocar un biombo si es necesario.
- 4.Retirar los utensilios de la mesa de noche y limpiarla con paño húmedo, al igual que la silla.
- 5.Trasladar el equipo a la unidad clínica, colocando los artículos para baño en la mesa de noche o mesa puente y sobre la silla, la ropa de cama en orden inverso al que se va a usar.
- 6.Aflojar la ropa de la cama, iniciando por la cabecera del lado contrario al que se encuentra el buró y retirar la ropa que cubre al paciente, excepto la sábana "móvil".
- 7.Colocar una toalla sobre el tórax del paciente y realizar el cepillado bucal si es el caso, retirar y colocar la dentadura o prótesis dental.

8.Retirar la ropa del paciente (Retirar al final la manga del brazo en caso de existir canalización instalada, deslizándola por el brazo y el catéter de infusión y tomar el envase de la solución o sangre y pasarlo a través de la manga).

9.Colocar al paciente en posición de decúbito dorsal y acercar la cabeza sobre el borde proximal superior de la cama.

10.Colocar una toalla sobre el tórax del paciente e introducir el cojín de Kelly por debajo de los hombros, de manera que si no hay cojín, se improvisa uno con tela ahulada, cuyo borde superior se enrolla hacia adentro y el borde inferior, se introduce en la cubeta que estará colocada sobre una silla o en el banco de altura.

11.Indicar al paciente que coloque su cabeza sobre el cojín de Kelly o hule.

12.Proteger los conductos auditivos externos con torundas.

13.Verter agua de la jarra sobre el cabello del paciente.

14. Aplicar jabón o shampoo, friccionar con las yemas de los dedos la superficie del cuero cabelludo y frotar el cabello cuantas veces sea necesario.

15.Enjuagar constantemente, dejando que el agua escurra a la cubeta por acción de la gravedad.

16.Retirar las torundas de los conductos auditivos, de modo que hay que envolver el cabello con una toalla y elevar la cabeza del paciente, retirando simultáneamente el cojín o hule y depositarlo en la cubeta.

17.Afeitar la cara del paciente si es varón, de ser necesario, previa colocación de toalla en tórax y jabón o espuma en mejillas, parte superior del labio y mentón y deslizar la rasuradora al mismo tiempo de tensionar la piel y en dirección del crecimiento del pelo.

18.Colocar una toalla facial sobre el tórax y asear ojos con torundas, y narinas y oídos con hisopos.

19.Con un paño húmedo lavar y enjuagar la cara iniciando por la frente, nariz, mejillas, mentón, cuello y pabellón auricular, primero del lado distal y luego del proximal hasta secar la cara con la toalla facial y aplicar loción o crema.

20.Colocar la toalla afelpada debajo del brazo distal y lavar, enjuagar y secar con movimientos rotatorios la extremidad superior distal, iniciando con la mano hasta terminar en

la axila, de forma que sea de preferencia el aseo de manos se realizará dentro del lavamanos o lebrillo, enjuagando al chorro de agua.

21.Limpiar los espacios subungueales y si es necesario cortar las uñas.

22.Lavar, enjuagar y secar la parte anterior del tórax y abdomen, cubriéndole con una toalla y asear con hisopo la cicatriz umbilical, de manera que hay que colocar camisón limpio sobre tórax y abdomen.

23.Lavar el brazo proximal en igual forma que el distal y terminar de colocar el camisón sin atarlo o abotonarlo por detrás.

24.Colocar la toalla por debajo de las extremidades inferiores para asearlas iniciando por la distal, pidiendo al paciente que flexione la rodilla para lavar, enjuagar y secar muslos y piernas.

25.Colocar un lavamanos con agua por debajo de las extremidades inferiores e introducir los pies del paciente para su aseo sosteniendo el pie del talón y enjuagar al chorro del agua; sacarlos y cubrirlos con la toalla simultáneamente al retiro del lavamanos o lebrillo.

26.Secar los pies haciendo ligera presión.

27.Secar espacios interdigitales y cortar uñas si es necesario.

28.Dar masaje a los pies siguiendo el sentido de la circulación venosa.

29.A pacientes varones, proporcionar un apósito para que asee sus genitales si está en condiciones de hacerlo, o en caso contrario realizar el aseo, de forma que hay que lavar las manos del paciente si éste realizó su aseo.

30.Si es paciente del sexo femenino, darle posición ginecológica y colocarle el cómodo, cuidando de proteger los muslos con sábana "móvil".

31.Colocar apósitos o gasas en pliegues inguinales.

32.Colocarse guantes y hacer la limpieza de vulva con pinza, torundas, jabón líquido y agua a temperatura corporal, con movimientos de arriba hacia abajo y del centro a la periferia. Continuar con labios menores y vestíbulo perineal, y por último región anal; con movimientos circulares enjuagar cuantas veces sea necesario.

33.Secar genitales en igual orden en que se asearon. Retirar la sábana "móvil".

34. Colocar al paciente en decúbito lateral contrario al que se esté trabajando, colocar una toalla sobre la cama a nivel de la espalda y región glútea, de forma que hay que asear la parte posterior de cuello, espalda y región glútea.

35. Secar perfectamente la piel y dar masaje con loción, alcohol o talco según el caso, partiendo del centro de la columna vertebral a hombros y de la región coccígea hacia los glúteos.

36. Colocar la bata al paciente (Tomar el envase de la solución o sangre, pasarlo por el interior de la manga de la sisa al puño y colocarlo en su sitio o pasar el brazo del paciente teniendo cuidado de no tensionar o doblar el catéter de infusión).

37. Sujetar el camión o colocar el saco de la pijama.

38. Colocar apósito, pantaleta o pantalón de pijama, según el caso y dejar cómodo al paciente.

39. Proceder al arreglo de la cama con el paciente.

40. Peinar y terminar su arreglo personal en caso de que el paciente no pueda hacerlo.

41. Retirar el equipo y dejarlo en condiciones de limpieza para usarse nuevamente.

42. Informar sobre observaciones hechas, reacciones del paciente y cuidados de enfermería proporcionados.

6.2-Baño en regadera

Concepto: Es la limpieza general del cuerpo con jabón y agua corriente.

Objetivos:

- Eliminar las células muertas, secreciones, sudor y polvo.
- Reanimar y favorecer el estado emotivo del paciente.
- Permitir a la piel realizar sus funciones protectoras.
- Favorecer la apariencia exterior.

Equipo y material:

- Toallas (facial y de baño).
- Jabonera con jabón.

- Bata o pijama.
- Sandalias de hule.
- Silla o banco.
- Tapete de caucho (antiderrapante).

Procedimiento:

- 1.Explicar el procedimiento al paciente y llevarlo al cuarto de baño.
- 2.Llevar el material y equipo al baño, colocar el tapete de caucho en el piso y sobre éste la silla o banco.
- 3.Abrir las llaves de agua fría y caliente para regular el flujo y la temperatura al agrado del paciente.
- 4.Ayudar al paciente a desvestirse y a sentarse en la silla, en caso de que se requiera.
- 5.Permanecer cerca del baño para prestar ayuda al paciente, en caso necesario.
- 6.Al terminar el paciente de bañarse, ayudarle a vestirse y trasladarlo a su unidad correspondiente.

7

INSTALACION DE LA SONDA NASOGASTRICA

7.1-LAVADO GASTRICO

Concepto: Consiste en la administración y aspiración de volúmenes de líquido irrigados en el estómago con la intención de eliminar tóxicos u otras sustancias presentes.

Objetivo:

- Extraer contenido gástrico.
- Extraer sustancias tóxicas.
- Disminuir el sangrado digestivo.

Equipo o Material: Carro de tratamiento que contenga bandeja con:

- Sonda nasogástrica o similar, calibre según necesidad del usuario(a) o sonda de Fouché.

- Riñón grande, estéril.
- Riñón o balde no estéril con desinfectante.
- Delantal descartable de manga larga.
- Anteojos protectores.
- Agua fría según indicación.
- Pinza con protector de hule.
- Jeringa asepto.
- Copa con agua.
- Fijador de sonda o esparadrapo.
- Guantes estériles.
- Solución fisiológica

Procedimiento:

1. Colocar la sonda nasogástrica, de manera que hay que ver el procedimiento de Colocación de sonda nasogástrica.
2. Cargar la jeringa asepto con la solución indicada.
3. Adaptar la jeringa asepto a la sonda e introducir la solución indicada.
4. Introducir suavemente la solución por la sonda; luego, extraer el contenido introducido y descartarlo en el riñón.
5. Repetir este paso hasta que el líquido extraído esté claro o según criterio médico.
6. Retirar la sonda, según la indicación médica.
7. Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.
8. Dar cuidado al equipo posteriormente.

7.2-SUCCION GASTRICA

Concepto: Es la introducción de una sonda por uno de los orificios nasales hasta la cavidad gástrica, de forma que la succión gástrica se utiliza para vaciar el contenido del estómago, para realizar un análisis o para extraer elementos irritantes tales como venenos, sustancias tóxicas y otros.

Objetivo:

- Establecer un medio de drenaje por aspiración o gravedad para eliminar líquidos o gases del aparato digestivo.
- Administrar medicamentos o alimentos directos a la cavidad gástrica.
- Recolectar muestras del contenido gástrico con fines diagnósticos.
- Realizar lavado gástrico.
- Administrar alimentación enteral.
- Administrar medicamentos.
- Prevenir bronco aspiración en usuario(a) con disminución de conciencia.
- Contribuir a establecer el diagnóstico de salud.

Equipo o Material: Carro de tratamiento que contenga en su parte superior, bandeja con:

- Sonda nasogástrica de poliuretano con guía, de forma que el número de sonda sea según las características del usuario.
- Vasija de esponja.
- Jeringa asepto.
- Gel lubricante.
- Jeringa con capacidad de 20 o 50 cc.
- Copa o vaso desechable.
- Agua estéril.
- Sujetador para sonda nasogástrica, esparadrapo o micro poro.
- Toallas de papel.
- Cárpula cerrada o abierta.
- Frasco para recolectar jugo gástrico.
- Hielo
- Etiqueta para datos de identificación del usuario(a).
- Lapicero de tinta de color azul o negra.
- Expediente de salud.
- Guantes estériles,
- Campo cerrado
- Estetoscopio.
- Equipo de succión gástrico portátil o de pared.
- Recipiente para descartar desechos según Normas de Programa Infecciones Intra Hospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

- Riñón grande.

Procedimiento:

- 1.Revisar el expediente de salud del usuario(a) y verificar la indicación médica.
- 2.Realizar higiene de manos según procedimiento.
- 3.Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del usuario(a).
- 4.Verificar el funcionamiento del equipo de succión.
- 5.Regular la presión del aspirador entre 80 y 100 mmHg en forma intermitente.
- 6.Identificar e informar al usuario(a) acerca del procedimiento.
- 7.Si está indicado, rotular la muestra de jugo gástrico, con los datos del usuario(a).
- 8.Permitir un ambiente de privacidad para el usuario(a).
- 9.Asistir al usuario(a) a colocarse en posición semifowler según lo permita su condición.
- 10.Colocar el campo cerrado o el paño alrededor del cuello y parte del tórax.
- 11.Colocarse los guantes.
- 12.Medir la longitud de la sonda que introducirá de la siguiente manera:
- 13.La distancia que existe entre el punto de la nariz y el lóbulo de la oreja.
- 14.Sumar la distancia que hay entre el lóbulo de la oreja y el apéndice xifoides.
- 15.Establecer hasta cuál marca de las que ya trae la sonda, debe introducir.
- 16.Lubricar el extremo proximal de la sonda.
- 17.Elegir la fosa nasal, e introducir la sonda nasogástrica hasta la marca que previamente había identificado.
- 18.Indicar al usuario(a) que degluta constantemente, y que respire en forma lenta y tranquila mientras introduce la sonda. (El usuario(a) puede saborear trozos de hielo, envueltos en gasa, si su condición lo permite).
- 19.La posición de Fowler alta y la cabeza sujeta a la almohada, facilitan la introducción, ya que la gravedad contribuye al paso del tubo.

20. Verificar que la sonda esté en el sitio correcto de la siguiente manera:
21. Sumergir el extremo distal de la sonda en la copa o vaso con agua y comprobar que no produzca burbujas.
22. Aspirar contenido gástrico con la jeringa asepto.
23. Recoger la muestra de jugo gástrico con la jeringa asepto según indicación médica y verter en el recipiente rotulado para el efecto.
24. Fijar la sonda utilizando el sujetador para sonda nasogástrica.
25. Rotular la sonda nasogástrica con: fecha, hora y nombre de la persona de enfermería que realizó el procedimiento.
26. Adaptar la SNG al succionador, si se requiere.
27. Fijar la conexión del equipo de succión a la cama.
28. Observar que el usuario(a) quede cómodo y la unidad en orden.
29. Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.
30. Dar cuidado al equipo posteriormente.

8

ASEO PERINEAL

8.1-LAVADO DE VAGINA

Concepto: Procedimiento mediante el cual se lava la vagina con agua o una solución de limpieza, de forma que la mayoría de estas soluciones contienen una mezcla de agua y vinagre, bicarbonato de sodio o yodo.

Objetivo

- Mantener la higiene necesaria en la región genital de la paciente.
- Evitar o disminuir la infección.

Equipo o Material:

- Cuña.

- Palangana con agua tibia.
- Toalla.
- Gel.
- Torundas de algodón.
- Pinzas (procurando que sean de anillas).
- Guantes.
- Compresas.

Procedimiento:

1. Informar a la paciente sobre la técnica a realizar y pedir su colaboración.
2. Proporcionar intimidad a la paciente.
3. Lavar las manos y poner guantes.
4. Colocar a la paciente en decúbito supino con las rodillas flexionadas y separadas (abducción).
5. Descubrir el área genital.
6. Colocar la cuña.
7. Verter sobre la vulva agua tibia con la solución antiséptica.
8. Limpiar con torundas de algodón empapadas en jabón antiséptico los labios mayores, cambiar la torunda, separar los labios menores para lavar los pliegues, de arriba abajo, terminando en el ano.
9. Aclarar con agua tibia.
10. Secar con torundas de algodón, siempre de arriba hacia abajo.
11. Retirar la cuña.
12. Girar a la paciente de lado y secar la zona perineal desde la vagina hacia el ano.
13. Desechar las torundas de algodón y todo el equipo desechable dentro de una bolsa.
14. Acomodar a la paciente.
15. Sacar guantes.
16. Lavar manos.

17.Registrar en la hoja de comentarios de enfermería las incidencias que hubiera.

8.2-ENEMA

Concepto: Conjunto de maniobras para introducir una solución en el intestino a través del recto.

Objetivos:

- Evacuar el contenido intestinal con fines diagnósticos o terapéuticos.
- Introducir soluciones con fines terapéuticos.

Equipo o Material:

- Charola con equipo comercial para enema o irrigador con tubo de conexión.
- Adaptador.
- Sonda Nelaton calibre 18 a 20 para niños o 28 a 30 para adultos.
- Lubricantes.
- Gasas.
- Bandeja o riñón.
- Papel higiénico.
- Guantes en caso necesario.
- Tela adhesiva para fijación de sonda rectal en caso necesario.
- Cómodo con protector.
- Solución prescrita de 37 a 40 °C.

Procedimiento:

- 1.Informar al paciente sobre el procedimiento.
- 2.Preparar el equipo en el cuarto de trabajo y trasladarlo a la unidad clínica.
- 3.En caso de no contar con equipo comercial, adaptar tubo de conexión y sonda al irrigador y purgarla.
- 4.Doblar colcha y cobertor hacia la piecera, retirar la almohada y colocar al paciente en posición de Sims, poniendo un protector por debajo de la región glútea.
- 5.Separar los glúteos e introducir el extremo proximal del equipo comercial, o bien lubricar la sonda e introducir de 10 a 20 cm lentamente en el recto.

6. Colocar la solución a una altura de 40 a 50 cm de la superficie superior del colchón.
7. Controlar la salida de la solución contenida en el equipo comercial o en el irrigador.
8. Vigilar las reacciones del paciente durante la aplicación de la enema.
9. Extraer la sonda, desconectarla del tubo y cubrirla con papel higiénico, colocándola en bandeja-riñón o indicar al paciente sobre la retención del líquido.
10. Indicar al paciente que vaya al sanitario o colocarlo sobre un cómodo (previa protección de la cama con un hule) y ofrecerle papel higiénico.
Dejar a su alcance el timbre.
11. Retirar el cómodo, cubrirlo con protector y llevarlo al cuarto séptico para apreciar las características del material expulsado y para asearlo.
12. Lavar las manos del paciente y dejarlo cómodo.
13. Elaborar el informe respectivo.

9

CONCLUSION

Para concluir debemos tener en cuenta que el manual de procedimientos de enfermería es de suma importancia en el hábito laboral, de manera que nos sirva de mucha utilidad a nosotros como estudiantes de enfermería, pasantes y trabajadores del ámbito de la salud, saber conocer claramente qué se debe hacer, cómo, cuándo y dónde se debe de hacerlo, conociendo también los recursos y requisitos necesarios para cumplir un determinado procedimiento, de forma que es necesario en estos procedimientos ampliar la técnica del lavado de mano, ya que es de suma utilidad y fundamental en cada proceso que se brinde en las técnicas de administración de medicamentos, valoraciones de signos vitales, baños de pacientes, instalación de sondas y aseo perineal, entre otros, de manera que así también podemos evitar correr menos riesgo y cuidar nuestra integridad de la salud.