



**Nombre de alumno:** Arelis Sánchez Gómez

**Nombre del profesor:** Nancy Domínguez  
Torres

**Nombre del trabajo:** MANUAL DE  
PROCEDIMIENTO

**Materia:** FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA

**Grado:** 3er cuatrimestre

**Grupo:** "A"

Tacotalpa, Tabasco a 29 de julio de julio del 2021



## INDICE

<b>INTRODUCCION</b> .....	6
<b>OBJETIVOS</b> .....	7
Objetivo general: .....	7
Objetivos específicos:.....	7
<b>TÉCNICA DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS</b> .....	8
Concepto: .....	8
Objetivo: .....	8
Material: .....	8
Administración de medicamentos por vía intramuscular .....	8
Concepto: .....	8
Procedimiento:.....	8
Administración de medicamentos por vía subcutánea.....	9
Concepto: .....	9
Material: .....	9
Procedimiento:.....	9
Administración de medicamentos por vía intradérmica.....	10
Concepto: .....	10
Material: .....	10
Procedimiento:.....	10
Administración de medicamentos por vía oral.....	11
Concepto: .....	11
Material: .....	11
Procedimiento:.....	11
<b>Técnica en la toma de signos vitales</b> .....	11
Concepto: .....	11
Objetivos:.....	11
Temperatura .....	12
Concepto: .....	12
Objetivo: .....	12
Material: .....	12
Procedimiento:.....	12
Frecuencia respiratoria. ....	13

Concepto: .....	13
Material: .....	13
Procedimiento:.....	13
Frecuencia cardiaca o pulso. ....	13
Concepto: .....	13
Material: .....	13
Procedimiento:.....	14
Presión arterial.....	14
Concepto: .....	14
Material: .....	14
Procedimiento:.....	14
<b>TÉCNICA DE BAÑO DE ESPONJA. ....</b>	<b>15</b>
Concepto: .....	15
Objetivos:.....	15
Material: .....	15
Procedimiento:.....	16
<b>TÉCNICA DE INSTALACIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA. ....</b>	<b>17</b>
Concepto: .....	17
Objetivos:.....	17
Material: .....	18
Procedimiento:.....	18
Retirada de la sonda:.....	19
<b>TÉCNICA DE ASPIRACIÓN DE SECRECIÓN .....</b>	<b>19</b>
Concepto: .....	19
Objetivos:.....	19
Material: .....	20
Procedimiento:.....	20
<b>TÉCNICA DE APLICACIÓN DE ENEMAS. ....</b>	<b>21</b>
Concepto .....	21
Objetivos:.....	21
Material: .....	21
Procedimiento:.....	22
<b>CONCLUSIÓN.....</b>	<b>23</b>

<b>REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.</b> .....	24
--	----

## INTRODUCCION

Los procedimientos de Enfermería persiguen el objetivo de protocolizar todas las acciones que realiza Enfermería, no obstante que la descripción de un procedimiento no puede ser en ningún caso algo rígido e inamovible, cuando de profesionales se trata, sino una guía para la praxis enfermería, sujeta a cuantos cambios sean necesarios a tener de los nuevos avances científicos.

Es por ello que el presente “Manual de Técnicas y Procedimientos Hospitalarios” está destinado a todo profesional, pasante y estudiantes, en el cual se describen, de forma sencilla, dinámica y amena, los procedimientos enfermeros más habituales en el ámbito hospitalario, lo que permite a su vez la ejercitación para la formación y el desarrollo de hábitos y habilidades, que en poder de los estudiantes favorece el estudio independiente, así como la actividad teórico-práctica.

Cabe mencionar que la finalidad de este manual es facilitar el aprendizaje del alumno, profesional o pasante de enfermería, dando a conocer una diversidad de técnicas y procedimientos que son llevadas a cabo en el ámbito hospitalario, desde el ingreso de un paciente hasta su egreso, todo esto con el objetivo de proporcionar la mejor atención al usuario, es por eso que se describen un gran número de técnicas que ayuden a brindar cuidados de calidad tratando de evitar el más mínimo percance en la realización de procedimientos hospitalarios.

En el inicio de cada una de las técnicas o procedimientos se describen el tema al que se hace referencia, dando un panorama como tal de este. Además, se tuvo en cuenta el orden lógico, didáctico y metodológico de los contenidos para la asimilación de cada una de los pasos y fundamentación teórica, para la formación de habilidades, hábitos y capacidades.

Los pacientes son dependientes de los profesionales de la salud, ellos están al total cuidado de las enfermeras y enfermeros, por lo cual esperamos que así también para los estudiantes que comienzan a sumergirse en el ámbito, este manual sea de apoyo para conocer los procedimientos a realizar, no sólo por una prescripción médica sino porque una razón científica fundamenta cada intervención de enfermería.

## OBJETIVOS

### Objetivo general:

Contar con un manual de técnicas y procedimientos hospitalarios a profesionales, pasantes y alumnos que sea de herramienta de gran utilidad para orientar, ayudar y ser un soporte pedagógico que aumente el aprendizaje significativo, así como los conocimientos teóricos básicos, habilidades específicas y actitudes adecuadas para la ejecución de los diferentes técnicas y procedimientos realizadas al usuario.

### Objetivos específicos:

- Proporcionar a profesionales, pasantes y alumnos información actualizada sobre las técnicas y procedimientos más frecuentes en el ámbito hospitalario.
- Optimizar el tiempo de práctica en los talleres y facilitar el desarrollo de las sesiones prácticas.
- Implementar protocolos normados para un mejor sostén de información.

# TÉCNICA DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

## Concepto:

La administración de medicamento es una actividad que requiere una preparación eficaz que permite conocer la dinámica general y específica de la aplicación del mismo. Por la necesidad de fundamentar científicamente las acciones de enfermería en la farmacoterapia, se tratarán en forma general los aspectos básicos relacionados con los medicamentos. (AUDREY J. BERMAN, 2013)

## Objetivo:

- Provocar un efecto local o general.
- Colaborar en el diagnóstico.
- Inferirá científicamente sobre la participación del personal de enfermería en la administración de medicamentos.
- Fundamentara científicamente cada uno de los pasos requeridos en los procedimientos relacionados con la administración de medicamentos por las diferentes vías, basadas en la administración general de medicamentos.

## Material:

1. Carro o charola para medicamentos.
2. Medicamentos.
3. Formas de control o tarjeta de horario.
4. Recipiente para basura.
5. Equipo específico para cada vía de administración.

## Administración de medicamentos por vía intramuscular

### Concepto:

Procedimiento por el cual se introduce una sustancia inyectable en el tejido muscular. (GOMEZ, 2015)

### Procedimiento:

1. Lavarse las manos

2. Preparar material y equipo
3. Explicar al paciente el procedimiento a realizar
4. Colocar al paciente en decúbito ventral o lateral de acuerdo con su estado físico y descubrir solamente la región a puncionar.
5. Realizar asepsia de la región a puncionar
6. Puncionar la región para introducir lentamente el o los medicamentos prescritos.  
En un Angulo 90°
7. Retirar la aguja hipodérmica fijando y presionando la región.
8. Desechar la aguja en el contenedor de RPBI
9. Dejar cómodo al paciente
10. Hacer anotaciones en la hoja de enfermería

#### Administración de medicamentos por vía subcutánea.

##### Concepto:

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

(GOMEZ, 2015)

##### Material:

1. Carro o charola para medicamentos.
2. Medicamentos.
3. Formas de control o tarjeta de horario.
4. Recipiente para basura.
5. Jeringa con escala en unidades internacionales.
6. Aguja hipodérmicas de calibre 27 a 29, con bisel corto y longitud de 1 a 2.5cm según el tejido adiposo existente.

##### Procedimiento:

1. Lavarse las manos
2. Preparar material y equipo
3. Explicar al paciente el procedimiento a realizar
4. Colocar al paciente en decúbito dorsal o sedente, según el sitio de punción.
5. Seleccionar y puncionar la región y realizar asepsia e introducir lentamente la solución correspondiente.

6. Retirar la aguja y presionar la región puncionada con torunda aséptica.
7. Realizar registro en la hoja de enfermería
8. Colocar la aguja en el recipiente de RPBI
9. Realizar anotaciones en la hoja de enfermería.

### Administración de medicamentos por vía intradérmica

Concepto:

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

(GOMEZ, 2015)

Material:

- Carro o charola para medicamentos.
- Medicamentos.
- Formas de control o tarjeta de horario.
- Recipiente para basura.
- Jeringa calibrada en décimas y centésimas de mililitro.
- Agujas hipodérmicas de calibre 26 o 27.

Procedimiento:

1. Lavarse las manos
2. Preparar material y equipo
3. Explicar al paciente el procedimiento a realizar
4. Colocar al paciente en decúbito ventral o sedente, de acuerdo con su estado físico.
5. Seleccionar y realizar asepsia de la región a puncionar el sitio correspondiente para introducir lentamente la solución prescrita.
6. Retirar la aguja y secar el excedente de líquido en la piel, evitando masaje o presión al término de la punción.
7. Realizar anotaciones en la hoja de enfermería
8. Dejar cómodo al paciente
9. Colocar la aguja en el contenedor de RPBI.

## Administración de medicamentos por vía oral.

### Concepto:

Procedimiento que permite el paso de medicamento a la circulación sistémica a través de la boca. (GOMEZ, 2015)

### Material:

- Carro o charola para medicamentos.
- Medicamentos.
- Formas de control o tarjeta de horario.
- Recipiente para basura.
- Vasos graduados y sin graduar
- Agitador si es necesario

### Procedimiento:

1. Identificar al paciente.
2. Realizar el lavado de manos.
3. Identifique al paciente a través de los cinco correctos:
4. Verificar el medicamento y explicar al cliente la forma de ingerirlo.
5. Ofrecer el agua necesaria para su ingestión y cerciorarse de que el medicamento sea deglutido.
6. Observar las reacciones del paciente mientras se desecha o coloca el vaso del medicamento en agua jabonosa
7. Lavarse las manos.

## Técnica en la toma de signos vitales

### Concepto:

Los signos vitales son los fenómenos o manifestaciones objetivas que se pueden percibir y medir en un organismo vivo en una forma constante, como la temperatura, respiración, pulso y presión arterial o presión sanguínea. (AUDREY J. BERMAN, 2013)

### Objetivos:

- Reconocer la relación que existe entre los signos vitales, la actividad fisiológica y los cambios fisiopatológicos.

- Conocer la naturaleza periódica de actividades fisiológicas como base para evaluar la medición de signos vitales.
- Utilizar la información obtenida por la medición de los signos vitales como factor determinante para valorar la evolución del paciente, la respuesta al tratamiento y las intervenciones de enfermería.

## Temperatura.

### Concepto:

La temperatura corporal refleja el equilibrio entre la producción y la pérdida de calor del organismo, y se mide en unidades de calor llamadas grados. Existen dos clases de temperatura corporal: la temperatura central y la superficial. (AUDREY J. BERMAN, 2013)

### Objetivo:

- Valorar el estado de salud o enfermedad.
- Ayudar a establecer un diagnóstico de salud.
- Conocer las oscilaciones térmicas del paciente

### Material:

1. Charola metálica
2. Termómetro de mercurio
3. Torundas alcoholadas
4. Guantes

### Procedimiento:

1. Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del paciente.
2. Confirmar que el paciente no haya ingerido alimentos o practicando algún ejercicio en los últimos 30 minutos.
3. Explicar al paciente sobre el procedimiento y colocarlo en decúbitos o posición sedente.
4. Extraer el termómetro de la solución antiséptica e introducirlo en el recipiente de agua.
5. Verificar que el mercurio se encuentre por debajo de los 34°C en caso contrario, hacer descender la columna de mercurio mediante un ligero sacudimiento.
6. Secar la axila con torunda seca y colocar el bulbo del termómetro en el centro axilar.
7. Colocar el brazo y antebrazo del paciente sobre el tórax a fin de mantener el termómetro en su lugar.

8. Dejar el termómetro de 3 a 5 min en la axila y retirarlo.
9. Limpiar con torunda seca del cuerpo al bulbo con movimientos rotatorios.
10. Hacer la lectura del termómetro y registrarla.
11. Sacudir el termómetro para bajar la escala de mercurio e introducirlo en solución jabonosa.
12. Dejar cómodo al paciente y arreglar el equipo de termometría para nuevo uso.
13. Valora la medición de temperatura obtenida.

### Frecuencia respiratoria.

#### Concepto:

La valoración de la respiración es el procedimiento que se realiza para conocer el estado respiratorio del organismo. (PEREZ, 2009 )

#### Material:

1. Reloj segundero.
2. Hoja de registro.
3. Bolígrafo.

#### Procedimiento:

1. Colocar al paciente en posición sedente o decúbito dorsal. De ser posible la respiración debe valorarse sin que este se percate de ello.
2. Tomar un brazo del paciente y colocarlo sobre un 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.

### Frecuencia cardiaca o pulso.

#### Concepto:

El pulso es un indicador de la función cardiaca. (AUDREY J. BERMAN, 2013)

#### Material:

- Reloj segundero.
- Hoja de registro.

- Bolígrafo.

Procedimiento:

1. Cerciorarse de que el brazo del paciente descanse en una posición cómoda.
2. Colocar las puntas de los dedos índices, 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.

Presión 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.

(GOMEZ, 2015)

Material:

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

Procedimiento:

1. Indicar al paciente que descanse, ya sea acostado o sentado. Ayudarlo a colocar el brazo apoyado en la cama o mesa en posición supina.
2. Colocar el esfigmomanómetro en un sitio cerca. 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 2.5cm por encima de las articulaciones 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 adelante.
5. Con las puntas de los dedos medio e índice, localice las pulsaciones más fuertes, colocando el estetoscopio en este lugar, procurando que este no quede por abajo del brazalete, pero sí que toque la piel sin presionar. Sostener la perilla del caucho con la mano contraria y cerrar la válvula del tornillo.

6. Mantener el estetoscopio Sobre la arteria. 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. Mantener el estetoscopio Sobre la arteria. Escuchar con atención el primer latido claro y rítmico. Observar el nivel de la escala de mercurio y hacer la lectura. 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. Escuchar cuando el sonido agudo cambia por un golpe fuerte y amortiguado. Este último sonido claro es la presión diastólica. 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 resultado obtenidos.
11. Hacer las anotaciones correspondientes en la hoja de registro.

## TÉCNICA DE BAÑO DE ESPONJA.

### Concepto:

Es el baño que se le proporciona al paciente encamado. (AUDREY J. BERMAN, 2013)

### Objetivos:

- Proporcionar limpieza general
- Eliminar las secesiones, sudor y células muertas de la piel
- Favorecer la circulación
- Favorecer la comodidad y descanso
- Favorecer la autoestima y la comodidad

### Material:

- Juego completo de ropa.
- Cobertor de algodón.
- Sabanas.
- Camisón.
- Guantes.
- Juego de toallas (baño, manos y fricción).

- Torundas y cigarrillos de algodón.
- Bolsas para desechos.
- Lubricante.
- Jabonera con jabón.
- Peine.
- Lebrillo.
- Cubrebocas.
- Tánico.

Procedimiento:

1. Preparar el material y equipo
2. Dejar la ropa limpia sobre el buró de la unidad
3. Tomar signos vitales y valorar las condiciones hemodinámicas.
4. Quitar la ropa superior de la cama, incluida la almohada
5. Cubrir con una sabana
6. Colocar la ropa de cama en orden inverso a como se utilizará.
7. Explicar el procedimiento al paciente y hablarle de forma cariñosa durante todo el procedimiento.
8. Colocar el lebrillo por debajo de la cabeza y agregar jabón y agua caliente.
9. Frotar con suavidad el cuero cabelludo con las yemas de los dedos.
10. Dejar caer agua limpia y enjuagar el cabello.
11. Envolver el cabello limpio en la toalla limpia.
12. Con torundas limpias, y húmedas, limpiar el ángulo interno del ojo al ángulo externo.
13. Limpiar con toalla facial húmeda y con jabón la cara en forma de ocho, frente, tabique nasal, mejillas, mentón, y cuello
14. Limpiar y secar a conciencia.
15. Limpiar de lo distal a lo proximal; lavar el brazo y mano, y terminar en la axila
16. Enjuagar con agua a chorro. Colocar el lebrillo para recolectar el agua sucia.
17. Lavar tórax y abdomen
18. Lavar brazo proximal y enjuagar.
19. Secar con sumo cuidado.

20. Lavar el muslo y la pierna distal; flexionar la rodilla y colocar el lebrillo por debajo para enjuagar.
21. Introducir los pies en el lebrillo y lavar los pies; agregar agua a chorro y secar.
22. Colocar en decúbito lateral al paciente y limpiar la parte posterior del cuello, espalda y muslos.
23. Por último, se limpia los genitales; si el paciente está en condiciones, se le solicita realizar el procedimiento. Hombre: tomar el cuerpo del pene y retraer el prepucio; limpiar el meato urinario del centro a la periferia, y enjuagar. Mujer: limpiar la vulva y labios menores de arriba hacia abajo con agua y jabón.
24. Limpiar la zona glútea y anal.
25. Colocar el camisón al paciente.
26. Cambiar la ropa de cama, y dejar seco y cómodo al paciente.
27. Lubricar la piel y dar masaje.
28. Peinar al niño y colocar barandales.
29. Retirar el equipo y material contaminados.
30. Vigilar signos vitales.
31. Hacer las anotaciones correspondientes en la hoja de enfermería.

## TÉCNICA DE INSTALACIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA.

### Concepto:

La colocación de una sonda nasogástrica es un procedimiento invasivo que requiere aplicar unos conocimientos (anatomía y fisiología, factores de riesgo) y el proceso de solución de problemas. No es apropiado delegar estas técnicas en el personal auxiliar. (AUDREY J. BERMAN, 2013)

### Objetivos:

- Cuantificación de residual en el estómago.
- Obstrucción intestinal.
- Sospecha de hemorragia del tracto intestinal superior.
- Alimentación por vía enteral (intragástrica).
- Disminución de presión intraabdominal.

Material:

- Sonda nasogástrica del calibre adecuado.
- Lubricante hidrosoluble.
- Gasas estériles.
- Esparadrapo (tela adhesiva) hipoalergénico.
- Jeringa de 10 o 20 ml.
- Estetoscopio.
- Vaso con agua.
- Tapón para sonda o pinzas.
- Guantes desechables estériles.
- Según la indicación del sondaje se necesitará: bolsa colectora o sistema de aspiración.

Procedimiento:

1. Identificación del paciente.
2. Informar al paciente del procedimiento a realizar.
3. Colocar al paciente en posición adecuada, posición de Fowler.
4. Lavado de manos antes de ejecutar el procedimiento.
5. Elegir sonda de calibre y tipo adecuado según procedimiento a realizar.
6. Comprobar la permeabilidad de las fosas nasales.
7. Colocación de guantes desechables.
8. Medición de longitud de la sonda (nariz, lóbulo oreja, apéndice xifoides).
9. Señalización de la medida en la sonda.
10. Lubrificación del extremo de la sonda.
11. Introducción de la sonda por la fosa nasal elegida.
12. Empujar suavemente pidiendo al paciente que realice movimientos de deglución (tragar saliva o beber y tragar agua).
13. Si aparecen náuseas, detenerse y aplicar movimiento de rotación mientras avanzamos la sonda en dirección al esófago.
14. Continuar introduciendo la sonda hasta llegar al estómago, cuando la marca de referencia quede a nivel de la nariz.
15. Comprobar que la sonda se encuentra en el estómago:
16. Aspirar contenido gástrico.

17. Insuflar 20-50 ml de aire, mientras se ausculta con el fonendoscopio en epigastrio.
18. Fijar la sonda con tela adhesiva.
19. Según la finalidad del sondaje; colocar el tapón, bolsa colectora o aspiración.
20. Registrar la técnica en la hoja de enfermería.
21. Recoger el material utilizado.
22. Lavado de manos.

Retirada de la sonda:

1. Colocar al paciente en posición de Fowler.
2. Lavado de manos.
3. Pinzar la sonda.
4. Quitar fijación de la sonda.
5. Solicitar al paciente que haga una inspiración profunda y una espiración lenta.
6. Retirar la sonda suavemente con movimiento continuo y moderadamente rápido.
7. No forzar la salida de la sonda.
8. Efectuar higiene de fosas nasales y boca.
9. Registrar la técnica en la hoja de enfermería.
10. Recoger el material.
11. Lavado de manos.

## TÉCNICA DE ASPIRACIÓN DE SECRECIÓN

Concepto:

Es el procedimiento mediante el cual se extraen secreciones del árbol traqueo bronquial a través de una sonda que se introduce a la cavidad orofaríngea conectada a un dispositivo de aspiración. (AUDREY J. BERMAN, 2013)

Objetivos:

- Disminuir el esfuerzo respiratorio.
- Favorecer la oxigenación.
- Asegurar una vía aérea permeable.
- Liberar la vía aérea en pacientes de gravedad.
- Favorecer la perfusión tisular.

Material:

- Aspirador empotrado o portátil, con frasco de aspiración.
- Conector delgado.
- Sondas de aspiración 12 o 14 Fr.
- Sondas pediátricas o de alimentación 8 o 10 Fr.
- Solución fisiológica o agua bidestilada.
- Dos flaneras con solución estéril.
- Guantes estériles y desechables.
- Gasas estériles.
- Anteojos de protección.
- Cubrebocas.
- Estetoscopio.
- Saturómetro.

Procedimiento:

1. Valorar y registrar signos vitales.
2. Auscultar campos pulmonares y evaluar saturación de oxígeno.
3. Preparar el material y el equipo
4. Verificar el grado de aspiración y regular su fuerza.
5. Lavarse las manos.
6. Explicar el procedimiento al paciente.
7. Colocar al paciente en posición, con la cabeza girada hacia un lado.
8. Aplicar cubre bocas y anteojos de protección.
9. Verter agua estéril en ambas flaneras.
10. Cortar el extremo de las envolturas de las sondas, guantes y gasas, con cuidado de no perder su esterilidad.
11. Colocarse doble guante estéril en la mano dominante.
12. Conectar la sonda al aspirador, en particular al tubo de aspirador, con el conector delgado.
13. Realizar la medición de la sonda y marcarla.
14. Lubricar la sonda con suero fisiológico o agua bidestilada y asegurarse de que la aspiración sea la adecuada.

15. Primero se aspira la cavidad nasofaríngea.
16. Introducir la sonda ocluida.
17. Liberar la sonda y retirarla con movimientos rotativos en un periodo de 5 a 10 minutos.
18. Favorecer la recuperación del paciente y valorar la necesidad de administrar oxígeno complementario.
19. Permeabilizar la sonda con suero fisiológico o agua bidestilada.
20. Repetir el procedimiento cuantas veces sea necesario.
21. Envolver la sonda en el mismo guante y desechar.
22. Para la cavidad bucofaríngea: Con un guante estéril, tomar la nueva sonda, realizar la medición y marca Lubricar la sonda con suero fisiológico o agua bidestilada.
23. Introducir la sonda ocluida al bucofaríngeo.
24. Liberar la sonda y con movimientos rotativos retirar en un periodo de 5 a 10 segundos.
25. Favorecer la recuperación del paciente y evaluar la necesidad de administrar oxígeno complementario.
26. Permeabilizar la sonda con suero fisiológico o agua bidestilada.
27. Repetir el procedimiento cuantas veces sea necesario.

## TÉCNICA DE APLICACIÓN DE ENEMAS.

### Concepto

Un enema es una solución que se introduce en el recto y el intestino grueso. La acción del enema consiste en distender el intestino y en ocasiones, irritar la mucosa intestinal, lo que aumenta el peristaltismo y la excreción de heces y el flato. (AUDREY J. BERMAN, 2013)

### Objetivos:

- Prevenir el escape de heces durante la cirugía.
- Preparar el intestino para algunas pruebas diagnósticas, como un estudio radiológico o pruebas de visualización (ej. Colonoscopia).
- Expulsar las heces en casa de estreñimiento o impactación.

### Material:

- Sabana protectora desechable
- Toalla

- Cuña o pañales desechables
- Guantes limpios
- Lubricante hidrosoluble si la sonda no está lubricada previamente
- Papel higiénico

Procedimiento:

1. Comprobar la identidad del paciente siguiendo el protocolo de la institución.
2. Efectuar la higiene de las manos y seguir los procedimientos adecuados para el control de la infección.
3. Ponerse guantes limpios.
4. Proporcionar intimidad al paciente.
5. Ayudar al paciente adulto a ponerse en decúbito lateral izquierdo, con la pierna derecha tan flexionada como fuera posible, con la sabana protectora puesta bajo las nalgas.
6. Insertar el tubo del enema.
7. En los pacientes que están decúbito lateral izquierdo, levantar la nalga superior.
8. Insertar suave y lentamente el tubo hacia el recto en dirección al ombligo.
9. Insertar el tubo de 7-10 cm.
10. Si se nota resistencia en el esfínter interno, pedir al paciente que respire hondo y después soltar una pequeña cantidad de solución a través del tubo.
11. No forzar nunca el tubo o la solución para entrar.
12. Administrar lentamente la solución del enema.
13. Animar al paciente a retener el enema.
14. Ayudar al paciente a defecar.
15. Documentar el tipo y volumen del enema administrado, si procede, describir los hallazgos.

## CONCLUSIÓN.

El propósito de este Manual de Técnicas y Procedimientos de Enfermería fue proporcionar al estudiante y profesional de la salud, una herramienta que sea de utilidad en el área clínica al momento de realizar procedimientos y de iniciar el manejo de pacientes en sus diferentes edades, los cual puede presentar para la enfermera un reto en su diario vivir, ya que cada paciente requiere de cuidados específicos, dependiendo de las necesidades que presente.

Los pacientes son dependientes de los profesionales de la salud, ellos están al total cuidado de las enfermeras y enfermeros, por lo cual esperamos que así también para los estudiantes que comienzan a sumergirse en el ámbito, este manual sea de apoyo para conocer los procedimientos a realizar, no sólo por una prescripción médica sino porque una razón científica fundamenta cada intervención de enfermería.

Considero importante mencionar que los procedimientos realizados y la información obtenida están basados en el trato, que nosotros como enfermeros tenemos con el paciente siendo evidencia física de nuestra interacción enfermero-paciente. Siendo así el mejor método para el cuidado del paciente recomiendo su utilización más seguida por el personal profesionalista de enfermería.

Como sugerencia, se le invita a todo profesional la búsqueda constate de literaturas actualizadas que ayuden a reforzar los conocimientos adquiridos durante su formación universitaria, no obstante mencionar que la formación de cada individuo es distinta pero infinita con el único propósito mantenerse a la vanguardia con conocimientos nuevos e innovadores que facilitan el desempeño en el ámbito laboral

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.

1. American Heart Association. (2018). *Actualización de Reanimación CardioPulmonar y ACLS*. AHA: Cardiac Arresth.
2. AUDREY J. BERMAN, S. S. (2013). *FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA KOZIER Y ERB*. MADRID : PEARSON EDUCACION, S.A., 9a EDICION.
3. GOMEZ, E. R. (2015). *FUNDAMENTO DE ENFERMERIA* . MEXICO, D.F.: EL MANUAL MODERNO, 2a EDICION .
4. OMS. (2012). *Guía de la OMS sobre la Higiene de Manos en la Atención de la Salud*. Geneva: World Health Organization.
5. PEDRERO, M. D. (2012). *ADMINISTRACION DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA* . MEXICO D.F.: INTERAMERICANA EDITORES, 6a EDICION .
6. PEREZ, M. D. (2009 ). *FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA*. MEXICO, D.F.: LIMUSA, 1a EDICION .

