



UNIVERSIDAD DEL SURESTE.

TEMA: TRABAJO 2

DOSCENTE: LIC. EDGAR GEOVANNY LIEVANO.

ALUMNA: DANIELA RIOS GALLEGOS.

FECHA: 09/06/2021.

SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS.

INDICE.

INTRODUCCION.....	PAG. 3
SUCCION GASTRICA.....	PAG. 4
HIGIENE PARINEAL.....	PAG. 12
ENEMAS.....	PAG. 17
CONCLUSION.....	PAG. 22
BIBLIOGRAFIA.....	PAG. 23

INTRODUCCION.

Daremos a conocer a través de esta investigación, distintos procedimientos que se deben realizar en una emergencia, situación que se pueda presentar en el área hospitalaria, se da a conocer la importancia del realizar cada procedimiento con una técnica apropiada, el trato que se le debe brindar al usuario, la importancia de informar de cada paso y procedimiento a realizar, para evitar que los pacientes sientan que se está violentando su privacidad

SUCCION GASTRICA (LAVADO GASTRICO).

OBJETIVO.

- ↻ Aliviar la distensión abdominal
- ❖ Mantener la descompresión gástrica después de la intervención quirúrgica.
- ❖ Eliminar la sangre y las secreciones del tubo digestivo
- ❖ Aliviar las molestias (p. ej., cuando el paciente tiene obstrucción intestinal)
- ❖ Mantener la permeabilidad de la sonda nasogástrica{

VALORACION:

- ↻ Presencia de distensión abdominal a la palpación.
- ↻ Ruidos intestinales.
- ↻ Molestias abdominales.
- ↻ Constantes vitales para obtener datos basales.
- ↻ Cantidad y características del drenaje.

PLANIFICACION.

Antes de iniciar la aspiración gástrica, determinar a) si la aspiración es continua o intermitente; b) la presión de aspiración ordenada (una presión de aspiración baja está entre 80 y 100 mm Hg y una presión alta entre 100 y 120 mm Hg), y c) si hay alguna orden de irrigar la sonda digestiva y, si es así, el tipo de solución que debe utilizarse.

DELEGACION.

El manejo del equipo de aspiración digestiva exige la aplicación de conocimientos y la solución de problemas y no se delega en el UAP. Pero el UAP puede ayudar en el vaciado del receptáculo del drenaje y la comunicación de cambios en la cantidad o color del drenaje al profesional de enfermería.

EQUIPO.

- ☞ Sonda digestiva colocada en el paciente.
- ☞ Palangana.
- ☞ Jeringa de 50 mL con adaptador.
- ☞ Estetoscopio.
- ☞ Dispositivo de aspiración para aspiración continua o intermitente.
- ☞ Conector y tubo de conexión.
- ☞ Guantes limpios.

MANTENIMIENTO DE LA ASPIRACION.

- ☞ Contenedor graduado cuando sea necesario para medir el drenaje gástrico.
- ☞ Palangana con agua.
- ☞ Aplicadores con punta de algodón.
- ☞ Pomada o lubricante.
- ☞ Guantes limpios.

IRRIGACION.

- ☞ Guantes limpios
- ☞ Estetoscopio
- ☞ Equipo de irrigación desechable con una jeringa estéril de 50 mL, una almohadilla impermeable, una palangana y un contenedor graduado
- ☞ Solución salina normal estéril (500 mL) o la solución ordenada

EJECUCION.

1. Antes de realizar el procedimiento, presentarse y verificar la identidad del paciente usando el protocolo de la institución. Explicar al paciente lo que va a hacer, por qué es necesario y cómo puede cooperar. Comentar el objetivo(s) de la aspiración digestiva.
2. Realizar la higiene de las manos y observar los procedimientos de control de la infección adecuados (p. ej., guantes limpios).

3. Proporcionar intimidad al paciente.

INICIACION DE LA ASPIRACION.

4. Colocar al paciente adecuadamente.

- Ayudar al paciente a adoptar una posición de semi-Fowler si no está contraindicado. Razón: En la posición de semi-Fowler no es probable que el tubo se disponga sobre la pared del estómago y por ello aspirará de forma más eficiente. La posición de semi-Fowler también evita el reflujo del contenido gástrico, lo que podría conducir a la aspiración.

5. Confirmar que la sonda está en el estómago.

- Ponerse unos guantes limpios.
- Aspirar el contenido del estómago y comprobar su acidez usando una tira de pH.
- Introducir aire en la sonda con la jeringa y escuchar con el estetoscopio colocado sobre el estómago (justo por debajo de las apófisis xifoides) en busca de un silbido de aire.
- Usar otros métodos en función del protocolo de la institución.

6. Ajustar y comprobar la aspiración.

- Conectar el regulador adecuado de aspiración a la salida de aspiración de la pared y el dispositivo colector al regulador. Los reguladores de aspiración intermitente se usan generalmente con sondas de una sola luz y aspiran un intervalo fijado (15 a 60 segundos) seguido de un intervalo sin aspiración. La aspiración intermitente se fija a 80 a 100 mm Hg o según determine el médico. Comprobar el nivel de aspiración ocluyendo el tubo de drenaje y observando el dial del regulador durante un ciclo de aspiración. Los reguladores de aspiración continua se usan con las sondas nasogástricas de doble luz (p. ej., sumidero de Salem). Fijar la aspiración continua según determine el médico, o a 60 a 120 mm Hg.
- Si se usa una máquina de aspiración portátil, girar la máquina y regular la aspiración como antes. La bomba Gomco tiene dos ajustes: intermitente baja para sondas de una luz y alta para sondas de doble luz.

- Comprobar la aspiración adecuada sujetando el extremo abierto del tubo de aspiración cerca del oído y escuchando el ruido de aspiración u ocluyendo el extremo de la sonda con el pulgar.

7. Establecer la aspiración gástrica.

- Conectar la sonda digestiva al tubo de la aspiración usando el conector.
- Si se ha colocado una sonda sumidero de Salem, conectar la luz mayor al equipo de aspiración. Esta sonda de doble luz tiene un tubo menor dentro del tubo de aspiración principal. Razón: El tubo menor proporciona un flujo continuo de aire atmosférico a través del tubo de drenaje en su extremo distal y evita una fuerza de aspiración excesiva sobre la mucosa gástrica en las salidas del drenaje. Así se evita la lesión de la mucosa gástrica.
- Mantener siempre el tubo respiradero de la sonda sumidero de Salem abierto y por encima del nivel del estómago cuando se aplique la aspiración. Razón: Cerrar el respiradero detendría la acción sumidero y lesionaría la mucosa. Mantener el extremo del tubo respiradero por encima del estómago evita el reflujo contenido gástrico hacia la luz aérea del tubo.
- Después de aplicar la aspiración, vigilar el tubo durante unos minutos hasta que aparezca el contenido gástrico en el tubo hacia el receptáculo. Una sonda sumidero de Salem hace un silbido suave cuando funciona correctamente.
- Si la aspiración no funciona correctamente, comprobar que todas las conexiones están ajustadas y que el tubo no se ha doblado.
- Torsionar y sujetar con una pinza el tubo a la bata del paciente para que no forme un asa por debajo del frasco de aspiración. Razón: Si el tubo se sitúa por debajo del frasco de aspiración, la aspiración puede obstruirse debido a la presión necesaria para empujar el líquido contra la gravedad.

8 Valorar el drenaje.

- Observar la cantidad, color, olor y consistencia del drenaje. El drenaje gástrico normal (que se parece al moco) tiene una consistencia mucosa y es incoloro o amarillento verdoso debido a

la presencia de bilis. Un color y consistencia como los posos del café indica una hemorragia.

- Comprobar el pH y la sangre del drenaje gástrico cuando esté indicado. Es de esperar que una persona que se ha sometido a una intervención quirúrgica digestiva tenga algo de sangre en el drenaje. Mantenimiento de la aspiración

9. Valorar al paciente y al sistema de aspiración regularmente.

- Valorar al paciente cada 30 minutos hasta que el sistema trabaje eficazmente y después cada 2 horas, o según lo indique la salud del paciente, para asegurarse de que la aspiración funciona adecuadamente. Si el paciente se queja de plenitud, náuseas o dolor epigástrico o si las secreciones gástricas no fluyen por el tubo o al frasco recolector, es probable que se haya producido una aspiración ineficaz o un bloqueo de la sonda nasogástrica.
- Inspeccionar el sistema de aspiración para ver la permeabilidad del sistema (p. ej., bucles o bloqueos en el tubo) y el ajuste de las conexiones. Razón: Las conexiones mal ajustadas pueden permitir la entrada de aire y reducir así la eficacia de la aspiración al reducir la presión negativa.

10. Quitar los bloqueos si los hay

- Ponerse guantes limpios.
- Comprobar el equipo de aspiración. Para hacerlo, desconectar la sonda nasogástrica de la aspiración sobre una palangana (para recoger el drenaje) y después, con la aspiración encendida, colocar el extremo del tubo de aspiración en una palangana con agua. Si el agua pasa al frasco de aspiración, el equipo de aspiración funciona adecuadamente, pero la sonda nasogástrica está bloqueada o colocada de forma incorrecta.

11. Evitar el reflujo en la luz de aireación de una sonda sumidero de Salem. Razón: Podría producirse un reflujo del contenido gástrico hacia la luz de aireación cuando la presión en el estómago superara

la presión atmosférica. En esta situación, el contenido del estómago seguiría el camino de menor resistencia y fluiría por la luz de aireación en lugar de por la luz de drenaje. Para evitar el reflujo

- Colocar el tubo de aireación más alto que el estómago del paciente para evitar que el líquido gástrico retroceda por la luz de aireación.
- Mantener la luz de drenaje sin partículas que puedan obstruir la Luz (véanse pasos 14 a 16 sobre irrigación de la sonda nasogástrica).

12. Asegurar la comodidad del paciente.

- Limpiar los orificios nasales del paciente cuando sea necesario usando los aplicadores con punta de algodón y agua. Aplicar un lubricante hidrosoluble o pomada.
- Proporcionar asistencia bucal cada 2 a 4 horas y cuando sea necesario. A algunos pacientes recién operados se les permite chupar fragmentos pequeños de hielo o un paño húmedo para mantener la humedad de la mucosa oral.

13. Cambiar el receptáculo de drenaje siguiendo las normas de la institución.

- Cerrar con una pinza la sonda nasogástrica y apagar la aspiración.
- Ponerse guantes limpios.
- Si el receptáculo está graduado, determinar la cantidad de drenaje.
- Desconectar el receptáculo.
- Inspeccionar el drenaje con atención anotando su color, consistencia y la presencia de sustancias (p. ej., coágulos de sangre).
- Reemplazar un receptáculo lleno y unirlo a la aspiración. Comprobar las normas de la institución.
- Encender la aspiración y quitar las pinzas de la sonda nasogástrica.

- Observar el sistema varios minutos para asegurarse de que la función se restablece.

14. Preparar al paciente y el equipo.

- Colocar la almohadilla impermeable debajo del extremo de la sonda nasogástrica.
- Apagar la aspiración.
- Ponerse guantes limpios.
- Desconectar la sonda nasogástrica del conector.
- Determinar si la sonda está en el estómago. Véase paso 5. Razón: Esto asegura que la solución de irrigación entre en el estómago del paciente.

15. Irrigar la sonda.

- Extraer el volumen ordenado de solución de irrigación con la jeringa; suelen utilizarse 30 mL de solución por instilación, pero pueden administrarse hasta 60 mL por instilación si se ordena.
- Unir la jeringa a la sonda nasogástrica e inyectar lentamente la solución.
- Aspirar suavemente la solución. Razón: La extracción forzada podría dañar la mucosa gástrica.
- Si le resulta difícil extraer la solución, inyectar 20 mL de aire y aspirar de nuevo, o volver a colocar al paciente o la sonda nasogástrica. Razón: El aire y el cambio de posición pueden mover el extremo de la sonda y alejarla de la pared gástrica. Si la dificultad para aspirar continúa, volver a unir la sonda en aspiración baja intermitente y notificarlo al profesional de enfermería en cargo.

16. Restablecer la aspiración.

- Volver a conectar la sonda nasogástrica a la aspiración.
- Si se usó una sonda sumidero de Salem, inyectar 10 mL de aire en la luz de aireación después de volver a conectar la sonda a la aspiración.
- Observar el sistema varios minutos para asegurarse de que funciona.

17. Registrar toda la información relevante.

- Registrar la hora en que se empezó la aspiración. También registra la presión establecida, el color y consistencia del drenaje y las evaluaciones de enfermería.
- Durante el mantenimiento, registrar las evaluaciones, las medidas de enfermería de apoyo y los datos sobre el sistema de aspiración.
- Cuando se irrigue la sonda, registrar la verificación de la colocación de la sonda; la hora de la irrigación; la cantidad y tipo de solución de irrigación usada; la cantidad, color y consistencia del retorno; la permeabilidad del sistema tras la irrigación, y las evaluaciones de enfermería.

EVALUACION.

- ↻ Realizar el seguimiento adecuado como el alivio de la distensión o las molestias abdominales, los sonidos intestinales, el carácter y cantidad del drenaje gástrico, la integridad de los orificios nasales, la hidratación de la mucosa oral, la permeabilidad de la sonda y el funcionamiento del sistema.
- ↻ Comparar con las observaciones previas si están disponibles.
- ↻ Comunicar desviaciones significativas de la normalidad al médico.

HIGIENE PERINEAL.(LAVADO VAGINAL)

OBJETIVO.

Proporcionar conocimientos para mantener limpia la región perineal, evitar infecciones y favorecer el confort del paciente.

DEFINICION.

Conjunto de actividades encaminadas a mantener la higiene del perineo y los genitales, como parte del aseo diario y siempre que se precise.

PRECAUSION.

- Comprobar la identidad del paciente.
- Valorar la existencia de patologías previas (alteraciones de la piel, infecciones, hemorroides...).
- Considerar las limitaciones físicas y psíquicas del paciente, valorando su grado de colaboración.
- Adecuar la temperatura ambiental, evitando corrientes de aire en la habitación.
- Verificar la existencia de posibles alergias a los materiales y productos a utilizar.

PREPARACION DEL MATERIAL.

- Guantes no estériles.
- Toalla.
- Palanganas (2).
- Cuña.
- Paño de celulosa (tipo Cell-duck®).
- Protector de cama de celulosa.

- Bolsa de residuos blanca.
- Jabón neutro.
- Sábana.

PREPARACION DEL PACIENTE.

- Comprobar la identidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento que se va a realizar y solicitar su colaboración.
- Proporcionar intimidad.
- Retirar el dispositivo colector urinario, si lo tuviera.
- Ofrecer la cuña o la botella al paciente antes de realizar el procedimiento.
- Colocar al paciente en decúbito supino, si es posible, con las rodillas ligeramente flexionadas y las piernas separadas.

TECNICA.

- Colocar la cuña a la paciente.
- Lavar el pubis y los labios mayores.
- Separar los labios mayores con una mano y lavar con la otra los labios menores, vestíbulo perineal y región anal limpiando de arriba hacia abajo y de dentro hacia fuera, en un solo movimiento, desechando el paño de celulosa cada vez.
- Aclarar con agua a chorro y secar cuidadosamente de la misma forma, prestando especial atención a los pliegues.
- Retirar todo el material utilizado.
- Colocar al paciente el pañal o protector de cama, si fuera necesario.
- Cubrir al paciente.
- Cambiarse de guantes realizando la higiene de manos.
- Colocar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiéndole el fácil acceso al timbre y a útiles personales.

- Recoger, ordenar y limpiar todos los útiles empleados.
- Quitarse los guantes y realizar la higiene de manos.

OBSERVACIONES.

- Si el paciente es autónomo, proporcionar todo el material necesario para realizar la higiene perineal.
- Realizar la higiene perineal durante el aseo del paciente y siempre que lo precise.
- Observar la zona en busca de inflamación, escoriación, hinchazón, flujo excesivo y olor.
- Extremar la higiene de las zonas entre los labios menores en la mujer y en el hombre en el surco balano-prepucial y en los pliegues escrotales.
- Usar un solo paño de celulosa en cada movimiento al realizar la higiene.
- En ocasiones es necesario colocar al paciente en decúbito lateral para completar la higiene anal.
- Asegurarse que el prepucio queda debidamente colocado para evitar paraquimos. En pacientes circuncidados el prepucio no se puede subir en su totalidad.
- En pacientes con fimosis no forzar la retracción del prepucio.
- Después de la higiene perineal en pacientes que lo precisen volver a colocar colector urinario, compresa higiénica, etc.
- Proporcionar ropa interior si lo precisa.

REGISTRO DEL PROCEDIMIENTO.

- Registrar en la hoja del plan de cuidados, los cuidados específicos y la enseñanza si procede.
- Registrar en la hoja de observaciones de enfermería cualquier incidencia

CUIDADOS POSTERIORES.

- Vigilar las posibles reacciones a los productos y materiales utilizados.
- Verificar la correcta colocación de sondas vesicales y colectores.
- Comprobar que la zona permanece limpia y seca, si el paciente no puede comunicarlo.

ENEMA.

OBJETIVO.

Conseguir una o más de las siguientes acciones: limpieza, carminativo, retención o lavativa.

VALORACION.

- Cuándo defecó el paciente por última vez y la cantidad, color y consistencia de las heces
- Presencia de distensión abdominal (el abdomen distendido aparece inflamado y se nota firme más que blando a la palpación)
- Si el paciente ha controlado el esfínter
- Si el paciente puede usar el inodoro o el retrete o si debe quedarse en cama y usar la cuña

PLANIFICACION.

Antes de administrar un enema, determine que hay una orden del médico de atención primaria. En algunos servicios sanitarios, el médico de atención primaria debe solicitar la clase de enema y el momento para hacerlo, por ejemplo, la mañana de una exploración. En otros, los enemas se administran según el criterio de las enfermeras (es decir, según sea necesario con una orden al efecto). Además, determine la presencia de una enfermedad renal o una cardiopatía que contraindique el uso de una solución hipotónica.

DELEGACION.

La administración de algunos enemas se puede delegar al personal no sanitario (AE). No obstante, la enfermera debe garantizar que se trata de personal competente para aplicar las precauciones estándar. Es necesario que la enfermera valide e interprete la incapacidad del personal para insertar la sonda rectal, la incapacidad del paciente para retener la solución o una respuesta inusual del enema.

EQUIPO.

- Sábana protectora desechable
- Toalla
- Cuña o retrete
- Guantes limpios
- Lubricante hidrosoluble si la sonda no está lubricada previamente
- Papel higiénico

ENEMA DE GRAN VOLUMEN.

- Contenedor de la solución con un tubo del tamaño correcto y una pinza para el tubo
- Solución en cantidad y temperatura correctas

ENEMA DE PEQUEÑO VOLUMEN.

- Contenedor preenvasado de la solución de enema con punta lubricada.

APLICACIÓN.

Lubrique aproximadamente 5 cm de la sonda rectal (algunos sistemas de enemas comercializados ya traen puntas lubricadas). La lubricación facilita la inserción a través de los esfínteres y reduce el traumatismo.

Deje correr parte de la solución a través del tubo conector de un sistema de enema de gran volumen y el tubo rectal para expulsar el aire del conducto y después cerrar la pinza. Razón: El aire instilado en el recto, aunque no sea perjudicial, provoca una distensión innecesaria.

DESARROLLO.

1. Antes de realizar el procedimiento, preséntese y verifique la identidad del paciente siguiendo el protocolo del centro. Explique al paciente qué va a hacer, por qué es necesario y en qué puede colaborar. Comente cómo se usarán los resultados para planificar cuidados o tratamientos en el futuro. Indique que el paciente puede tener sensación de plenitud mientras se administra la solución.

2. Lávese las manos, póngase los guantes y observe los procedimientos de control de infección apropiados.

3. Proporcione un entorno privado para el paciente.

4. Ayude al paciente adulto para ponerse en decúbito lateral izquierdo, con la pierna derecha tan flexionada como fuera posible.

5. Inserte el tubo del enema.

- ☞ En los pacientes que están en decúbito lateral izquierdo, levante la nalga superior para obtener una buena visión del ano.
- ☞ Inserte suave y lentamente el tubo hacia el recto, en dirección al ombligo.
- ☞ Inserte el tubo 7-10 cm. Razón: Como el conducto anal mide unos 2,5-5 cm en el adulto, la inserción de esta distancia sitúa la punta del tubo más allá del esfínter anal en el recto.
- ☞ Si se nota una resistencia en el esfínter interno, pedir al paciente que respire hondo y después soltar una pequeña cantidad de solución a través el tubo para relajar el esfínter anal interno.
- ☞ No fuerce nunca el tubo o la solución para entrar. Si instilar una pequeña cantidad de solución no permite al tubo avanzar o fluir la solución, retire el tubo. Compruebe que no hay heces que pudieran bloquear la sonda durante la inserción. Si las hay, lavarlas y volver a intentar el procedimiento. También puede realizar un tacto rectal para determinar si hay impactación u un bloqueo mecánico de otro tipo. Si la resistencia persiste, dar el procedimiento por finalizado e informar de la resistencia al médico y al enfermero responsables

6. Administre lentamente la solución del enema.

- ☞ Aclare el contenedor de la solución y abra la pinza para permitir que el líquido fluya. Comprima a mano un envase plegable.
- ☞ Durante la mayoría de los enemas bajos, sujete o cuelgue el contenedor de la solución a no más de 30 cm por encima del recto. Razón: Cuanto más alto se cuelgue el contenedor de la solución por encima del recto, más rápido será el flujo y mayor será la fuerza (presión) en el recto. Durante un enema alto, cuelgue el contenedor de la solución por encima de 45 cm. Razón: El líquido debe instilarse a mayor profundidad para limpiar todo el intestino. Véase el protocolo del sistema sanitario.
- ☞ Administre el líquido lentamente. Si el paciente se queja de plenitud o dolor, baje el contenedor o use la pinza para interrumpir el flujo unos 30 segundos, y después reinicie el flujo a menor velocidad. Razón: Administrar el enema lentamente e interrumpir el flujo momentáneamente disminuyen la probabilidad de espasmo intestinal y la expulsión prematura de la solución.
- ☞ Si se usa un contenedor comercial de plástico, enróllelo a medida que se instila el líquido, con lo que se previene el aspirado posterior de la solución.
- ☞ Después que toda la solución se haya instilado, o cuando el paciente no pueda retener más y sienta deseo de defecar (la urgencia para defecar normalmente indica que se ha administrado líquido suficiente), cierre la pinza y retire el tubo de enema del ano.
- ☞ Ponga el tubo de enema en un paño desechable cuando lo extraiga.

7. Aliente al paciente a retener el enema.

- ☞ Pida al paciente que se mantenga tumbado, así le será más fácil retener el enema estando tumbado que si se sienta o se pone de pie, porque la gravedad favorece el drenaje y el peristaltismo.
- ☞ Pida al paciente que retenga la solución durante el tiempo apropiado, por ejemplo, 5 o 10 minutos para un enema de limpieza o al menos 30 minutos para un enema de retención.

8. Ayude al paciente a defecar.

- ☞ Ayude al paciente a sentarse en la cuña, retrete, inodoro. La sedestación facilita el acto de la defecación.
- ☞ Pida al paciente que use el inodoro que no tire de la cadena. El enfermero tiene que observar las heces.
- ☞ Si es necesario obtener una muestra de las heces, pida al paciente que use una cuña o un retrete.

9. Documente el tipo y volumen del enema administrado, si procede. Describa los resultados.

VARIACIÓN: CÓMO ADMINISTRAR UN ENEMA A UN PACIENTE CON INCONTINENCIA.

En ocasiones, la enfermera tiene que administrar un enema a un paciente que no puede controlar el músculo del esfínter externo y, por tanto, no puede retener la solución del enema ni siquiera unos minutos. En ese caso, después de insertar el tubo rectal, el paciente adopta una postura en decúbito supino sobre una cuña. La cabeza de la cama se puede elevar ligeramente, hasta 30° si fuera necesario, para facilitar la respiración, y se apoyan la cabeza y la espalda del paciente en unas almohadas.

VARIACIÓN: CÓMO ADMINISTRAR UNA LAVATIVA.

Para una lavativa, se instila la solución (100 a 200 mil en un adulto) en el recto y colon sigmoide del paciente. Entonces se baja el contenedor de la solución para que el líquido vuelva a fluir desde el recto hacia el contenedor a través del tubo, extrayendo el flato con él. El proceso de entrada y salida se repite cinco o seis veces (para estimular el peristaltismo y la expulsión del flato) y la solución se cambia varias veces si se espesa con las heces. Documente el tipo de solución, el tiempo que la solución ha estado retenida, la cantidad, color y consistencia de las emisiones y el alivio del flato y la distensión abdominal, utilizando formularios o listas de comprobación complementadas con notas descriptivas cuando proceda

CONCLUSION.

La investigación como tal da pie a tener un instrumento fundamental que ayudara a dar cuidados de calidad y calidez, y contribuya al bienestar de cada usuario, debemos profundizar las investigaciones tener diferencia entre marco teórico, la relación de teoría y práctica,

BIBLIOGRAFIA.

- ☞ FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA
- ☞ Audrey Berman; Shirlee J. Snyder; Barbara Kozier; Glenora Erb

- ☞ López Porcel, J.B. 2008. Cuidados auxiliares básicos de Enfermería. Ed. Vértice.