



Mi Universidad

ENSAYO

NOMBRE DEL ALUMNO: Yuliana Jocabeth Córdova Castillo

TEMA: Promoción de la salud física y valoración de la salud

PARCIAL: tercer parcial

MATERIA: Fundamentos de enfermería III

NOMBRE DEL PROFESOR: Ruben Eduardo Domínguez García

LICENCIATURA: Enfermería

UNIDAD III PROMOCION DE LA SALUD FISICA

1: Actividad Y Ejercicio

Esta revisión permite que el lector visualice los diversos enfoques y tópicos de la actividad física, así como su relación con los procesos de sensibilización, empoderamiento y autorregulación en torno a la calidad de vida del individuo y la comunidad, con el simple objeto de interiorizar la práctica de la actividad física como elemento complementario de la vida.

2: Nutricional

Es un acto inconsciente e involuntario, nosotros cuando comemos no vemos ni sentimos la “nutrición” del alimento pero es un conjunto de interacciones entre un organismo y los alimentos que consume. También hay nutrientes que se llaman esenciales porque nuestro organismo los obtiene del exterior, es decir, los tenemos que ingerir. Dentro de las sustancias químicas que producimos a partir del alimentos, distinguimos entre nutrientes orgánicos, son de seres vivos que tienen hidrocarburos y nutrientes inorgánicos, los cuales no vienen de seres vivos. Diferenciamos entre alimento y nutriente: el alimento por ejemplo sería la carne de cordero, vaca, ternera, etc. Los nutrientes sería las proteínas, vitaminas, hidratos etc, que aportan los alimentos.

Qué valora:

- Describe el consumo de alimentos y líquidos en relación con sus necesidades

metabólicas

- Horarios de comida.
- Preferencias y suplementos.
- Problemas en su ingesta.
- Altura, peso y temperatura.
- Condiciones de piel, mucosas y membranas.

se valora:

- Valoración del IMC.
- Valoración de la alimentación: Recoge el nº de comidas, el lugar, el horario, dietas específicas, así como los líquidos recomendados para tomar en el día. Se deben hacer preguntas sobre el tipo de alimentos que toma por grupos: frutas, verduras,

carnes, pescados, legumbres y lácteos.

- Valoración de problemas en la boca: Si tiene alteraciones bucales (caries, úlceras etc.)
- Valoración de problemas para comer: Dificultades para masticar, tragar, alimentación por sonda ya sea alimentación enteral o con purés caseros.
- Valoración de otros problemas que influyen en el patrón: Problemas digestivos (náuseas, vómitos, pirosis) Dependencia Inapetencias Intolerancias alimenticias Alergias Suplementos alimenticios y vitaminas
- Valoración de la piel: Alteraciones de la piel: fragilidad de uñas y pelo, falta de hidratación, prurito, edemas, lesiones, temperatura, cicatrización, coloración. Lesiones cutáneas: abscesos, lipomas, nevus, verrugas, patología de las uñas.

El patrón estará alterado si:

- Con respecto al IMC:
- Patrón alterado superior al 30% o inferior a 18,5%
- Patrón en riesgo: entre 25 y 30
- Patrón eficaz: entre 18,6 y 24,9
- Tiene una nutrición desequilibrada
- Los líquidos consumidos son escasos.
- Existen problemas en la boca
- Hay dificultades para masticar y/o tragar.
- Necesita sonda de alimentación.
- Existen lesiones cutáneas o en mucosas, alteraciones de la piel o falta de integridad tisular o cutánea
- Presencia de problemas digestivos, dependencias, inapetencias, intolerancias alimenticias, alergias.

tipo de dieta

Nos dan información, pero por si solos no condicionan el patrón. El número de calorías se refiere a las que ingiere habitualmente, no las que le hayan sido pautadas; dado que es muy difícil de valorar no se realiza de forma cotidiana. Estado nutricional normal o anormal se valorará teniendo en cuenta el IMC y/o juicio de la enfermera en base a observación. Los “problemas dieta” nos dan información, pero no todos condicionan el resultado del patrón:

- Patrón alterado: “dieta no equilibrada”
- Patrón en riesgo: “dieta insuficiente” y “comer entre horas” dependerá de las características del individuo

3: Eliminación

Describen la regulación, el control y la evacuación de subproductos y desechos en el cuerpo. Este término por lo regular se refiere a la eliminación de las heces, la orina y el sudor del cuerpo.

Qué valora:

Describe las funciones excretoras intestinal, urinaria y de la piel

Como se valora:

Intestinal:

Consistencia, regularidad, dolor al defecar, sangre en heces, uso de laxantes, presencia de ostomias, incontinencia.

Urinaria:

Micciones/día, características de la orina, problemas de micción, sistemas de ayuda (absorbentes, colectores, sondas, urostomías), incontinencias

El patrón está alterado si:

Intestinal: existe estreñimiento, incontinencia, diarrea, flatulencia, o la persona precisa sistemas de ayuda (laxantes, enemas, ostomías).

Urinario: si presenta incontinencias, retención, disuria, nicturia, poliuria, polaquiuria o utiliza sistemas de ayuda (absorbentes, colector, sondas o urostomías) Si sudación excesiva.

Aclaraciones:

Estreñimiento: es la emisión de heces con una frecuencia inferior a 3 veces por semana.

El dolor durante la defecación, fisuras, hemorroides suponen riesgo de alteración del patrón.

Los drenajes y las heridas muy exudativas conducen a un riesgo de alteración del patrón.

La distensión y el dolor abdominal no alteran por si solos el patrón si no están relacionados con la eliminación intestinal ya que puede ser debidos a otros motivos.

4: Actividad /ejercicio

No se requiere preparacion especial antes del examen. Se tomara una radiografia del torax o ultrasonido antes y despues del procedimiento.NO tosa ni respire profundamente ni se mueva durante el examen para evitar una lesion al pulmon.

Qué valora:

- El patrón de ejercicio
- La actividad
- Tiempo libre y recreo
- Los requerimientos de consumo de energía de las actividades de la vida diaria (higiene)
- compra, comer, mantenimiento del hogar, etc.)
- La capacidad funcional
- El tipo, cantidad y calidad del ejercicio.
- Las actividades de tiempo libre

Como se valora:

Valoración del estado cardiovascular:

Frecuencia cardiaca o PA anormales en respuesta a la actividad, cambios ECG que reflejen isquemia o arritmia, etc.

Valoración del estado respiratorio:

Valorar antecedentes de enfermedades respiratorias, ambiente laboral, disnea, molestias de esfuerzo, tos nocturna, expectoración, indicación verbal de disnea, etc.

Tolerancia a la actividad:

Fundamentalmente en pacientes cardiacos y respiratorios

Valoración de la movilidad:

Debilidad generalizada, cansancio, grado de movilidad en articulaciones, fuerza, tono

muscular

Actividades cotidianas:

Actividades que realiza, encamamiento, mantenimiento del hogar, Capacidad funcional

(tests de Katz o Barthel)

Estilo de vida:

Sedentario, activo

Ocio y actividades recreativas:

El énfasis está en las actividades de mayor importancia para la persona; tipo de

actividades y tiempo que se le dedica.

5: Sueño- Descanso

El descanso y el sueño son esenciales para la salud y básicos para la calidad de vida, sin sueño y descanso la capacidad de concentración, de enjuiciamiento y de participar en las actividades cotidianas disminuye, al tiempo que aumenta la irritabilidad. La vigilia prolongada va acompañada de trastorno progresivo de la mente, comportamiento anormal del sistema nervioso, lentitud de pensamientos, irritabilidad y psicosis. El sueño restaura tanto los niveles normales de actividad como el equilibrio entre las diferentes partes del SNC, es decir, restaura el equilibrio natural entre los centros neuronales.

Que valora:

Describe la capacidad de la persona para conseguir dormir, descansar o relajarse a lo largo de las 24 horas del día

La percepción de cantidad y calidad del sueño – descanso

La percepción del nivel de energía.

Las ayudas para dormir (medicamentos, rutinas, etc)

Como se valora:

El espacio físico (ventilación, temperatura agradable y libre de ruidos)

El tiempo dedicado al sueño u otros descansos diurnos

Recursos físicos o materiales favorecedores del descanso (mobiliario..)

Exigencias laborales (turnos, viajes)

Hábitos socio culturales (hora de acostarse o levantarse, siestas, descansos)

Problemas de salud física que provoquen dolor o malestar

Problemas de salud psicológica que afecten al estado de ánimo (ansiedad, depresión)

Situaciones ambientales que provoquen estados de ansiedad o estrés (duelos, intervenciones quirúrgicas)

Tratamientos farmacológicos que puedan influir en el sueño (broncodilatadores, esteroides , betabloqueantes)

Uso de fármacos para dormir.

Consumo de sustancias estimulantes (cafeína, nicotina, abuso de alcohol)

Presencia de ronquidos o apneas del sueño.

6: Cognitivo-Perceptivo

En cuanto al patrón cognitivo perceptual: se indica estado mental alerta, lenguaje natural, lee y escribe, utiliza gafas y oye sin problemas, tiene sensibilidad a frío/calor, sin problemas de olfato y gusto, no vértigos ni dolor, orientado temporal y espacialmente, sin dificultades de memoria, comprensión y aprendizaje

Qué valora:

Patrones sensorio- perceptuales y cognitivos

Nivel de conciencia

Conciencia de la realidad

Adecuación de los órganos de los sentidos

Compensación o prótesis

Percepción del dolor y tratamiento

Lenguaje

Ayudas para la comunicación

Memoria

Juicio, comprensión de ideas

Toma de decisiones

Cómo se valora:

Nivel de conciencia y orientación.

Nivel de instrucción: si puede leer y escribir. El idioma. Si tiene alteraciones cognitivas, como problemas para expresar ideas o de memoria,

dificultades para la toma de decisiones, problemas de lenguaje, de concentración, síntomas depresivos, problemas de comprensión, fobias o miedos o dificultades en el aprendizaje.

Si tiene alteraciones perceptivas por problemas de visión, de audición, de olfato de gusto o sensibilidad táctil.

Recoge información sobre si la persona tiene dolor, tipo, localización, intensidad y si está o no controlado, así como su repercusión en las actividades que realiza.

Si tiene alteraciones de la conducta, irritabilidad, intranquilidad o agitación

Resultado del patrón:

El patrón está alterado si:

La persona no está consciente u orientada

Presenta deficiencias en cualquiera de los sentidos, especialmente vista y oído.

Hay dificultades de comprensión por idioma o por analfabetismo

Presencia de dolor.

Existen problemas de memoria, de concentración, de expresión o comprensión de ideas

7: Autopercepción- autoconcepto

los patrones de autoconcepto y percepción del estado de ánimo. Incluye: Actitud de la persona hacia sí misma y hacia su valía. Patrón de comunicación no verbal: postura y movimiento corporal, contacto ocular.

Qué valora:

Autoconcepto y percepciones de uno mismo.

Actitudes a cerca de uno mismo.

Percepción de las capacidades cognitivas, afectivas o físicas.

Imagen corporal, social.

Identidad.

Sentido general de valía.

Patrón emocional.

Patrón de postura corporal y movimiento

Contacto visual, Patrones de voz y conversación.

Como se valora:

Se valora la presencia de:

Problemas consigo mismo.

Problemas con su imagen corporal.

Problemas conductuales.

Otros problemas.

Cambios recientes.

Datos de imagen corporal, Postura, Patrón de voz, Rasgos personales, Contacto visual, Si se siente querido, Cambios frecuentes del estado de ánimo, Asertividad / pasividad y Nerviosismo / Relajación.

Resultado del patrón:

El patrón está alterado si:

Existen verbalizaciones auto negativas, expresiones de desesperanza, expresiones de inutilidad.

Tiene problemas con su imagen corporal y le preocupan los cambios en su imagen corporal, el miedo al rechazo de otros y el sentimiento negativo del propio cuerpo.

Existen problemas conductuales.

8: rol – relaciones

Están incluidos la satisfacción o las alteraciones en la familia, trabajo o relaciones sociales, y las responsabilidades relacionadas con estos roles, incluida la capacidad de obtener ingresos suficientes para cubrir las necesidades y las condiciones de habitabilidad del hogar.

Qué valora:

El patrón de compromisos de rol y relaciones (las relaciones de las personas con los demás)

La percepción de los roles más importantes (el papel que ocupan en la familia, sociedad..)

Responsabilidades en su situación actual.

Satisfacción o alteraciones en: familia, trabajo, relaciones sociales

Como se valora:

Familia:

Con quién vive. Estructura familiar. Rol en la familia y si éste está o no alterado.

Problemas en la familia. Si alguien depende de la persona y como lleva la situación.

Apoyo familiar. Si depende de alguien y su aceptación. Cambios de domicilio.

Grupo social:

Si tiene amigos próximos, si pertenece a algún grupo social, si se siente solo

Trabajo o escuela:

Si las cosas le van bien en el ámbito laboral o escolar, entorno seguro, satisfacción

Datos relativos a pérdidas, cambios, fracasos, conflictos, aislamiento social, comunicación, violencia

Resultado del patrón:

El patrón está alterado si:

Presenta problemas en las relaciones: sociales, familiares o laborales (escolares)

Se siente solo. No tiene personas significativas (amigos, familia)

Refiere carencias afectivas, falta de comunicación

Tiene dificultad en las tareas de cuidador, apoyo insuficiente, cuidados negligentes

Insatisfacción con el rol o falta de motivación o de capacidad para asumirlo.

Conductas inefectivas de duelo.

Violencia domestica. Abusos.

9: sexualidad y reproducción

El patrón de la sexualidad se refiere al conjunto de estrategias, conductas y actitudes que se utilizan en la búsqueda del placer sexual, y describe tanto los patrones de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad como el patrón reproductivo.

Qué valora:

Los patrones de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad

Alteraciones en la sexualidad o en las relaciones sexuales

Seguridad en las relaciones sexuales.

Patrón reproductivo

Premenopausia y posmenopausia

Problemas percibidos por la persona.

Como se valora:

Menarquía y todo lo relacionado con ciclo menstrual.

Menopausia y síntomas relacionados

Métodos anticonceptivos

Embarazos, abortos, problemas relacionados con la reproducción

Problemas o cambios en las relaciones sexuales

Resultado del patrón:

El patrón está alterado si:

La persona expresa preocupación respecto a su sexualidad, trastornos o insatisfacción .

Existen problemas en la etapa reproductiva de la mujer.

Existen problemas en la menopausia.

Relaciones de riesgo

10: Adaptación Tolerancia al estrés

adaptación tolerancia al estrés generalmente se enfoca en el afrontamiento y su eficacia en términos de tolerancia el estrés es decir que comprende la reserva o la capacidad de la madre para resistir un desafío a la integridad personal frente a situaciones estresantes.

Qué valora:

Las formas o estrategias de afrontamiento general de la persona.

Las respuestas habituales que manifiesta el individuo en situaciones que le estresan y forma de controlar el estrés.

La capacidad de adaptación a los cambios.

El soporte individual y familiar con que cuenta el individuo.

La percepción de habilidades para controlar o dirigir situaciones estresantes.

Como se valora:

La enfermera instará al paciente a recordar situaciones estresantes, describir como se ha tratado y evaluar la efectividad de la forma en la que se ha adaptado a esas situaciones.

Preguntará por:

Cambios importantes en los dos últimos años, si ha tenido alguna crisis.

Si está tenso o relajado la mayor parte del tiempo. Qué le ayuda cuando está tenso.

Si utiliza medicinas, drogas o alcohol cuando está tenso.

Cuando ha tenido cualquier problema en su vida, como lo ha tratado.

Si esta forma de tratarlo ha tenido éxito.

Si tiene alguien cercano al que poder contar sus problemas con confianza y si lo hace cuando es necesario.

Resultado del patrón:

El patrón está alterado si la persona manifiesta tener sensación habitual de estrés y no dispone de herramientas para controlarlo.

Si ante cambios o situaciones difíciles de la vida el individuo no es capaz de afrontarlo de forma efectiva.

Si recurre al uso de medicamentos, drogas o alcohol para superar los problemas.

11: valores y creencias

Los valores y las creencias espirituales y/o religiosas que influyen en la adopción de decisiones. Incluye: Cosas percibidas como importantes en la vida. La percepción de la calidad de vida.

Qué valora:

Los patrones de valores y creencias que guían las elecciones o decisiones.

Lo que se considera correcto, apropiado; Bien y mal, bueno y malo.

Lo que es percibido como importante en la vida.

Las percepciones de conflicto en valores, creencias o expectativas relativas a la salud.

Las decisiones a cerca de: tratamientos, prioridades de salud, vida o muerte.

Las prácticas religiosas.

Como se valora:

Si tiene planes de futuro importantes; si consigue en la vida lo que quiere.

Si está contento con su vida.

Pertenencia a alguna religión, si le causa algún problema o si le ayuda cuando surgen dificultades.

Preocupaciones relacionadas con la vida y la muerte, el dolor o enfermedad.

Resultado de la valoración:

El patrón está alterado:

Cuando existe conflicto con sus creencias.

Tiene problemas para sus prácticas religiosas.

Existe conflicto / preocupación por el sentido de la vida, la muerte, el sufrimiento, dolor, enfermedad.

UNIDAD IV VALORACION DE LA SALUD

4.1 Técnicas Especiales De Enfermería.

Lavado De Manos Clínico.

El lavado de manos es la medida más importante para reducir el riesgo de transmisión de microorganismos. Está demostrado que las manos del personal sanitario son la vía de transmisión de la mayoría de las infecciones cruzadas y de algunos brotes epidémicos. Este proceso durara como mínimo 1 minuto

Indicaciones

- Al iniciar y finalizar la jornada laboral.
- Antes y después de realizar cualquier procedimiento al paciente.
- Antes y después de la preparación de alimentos o medicación.
- Antes y después de la realización de procedimientos invasivos.
- Después de contactar con cualquier fuente de microorganismos: fluidos biológicos, membranas mucosas, piel no intacta, objetos que puedan estar contaminados (cuñas, bolsas de diuresis).
- En el manejo de pacientes con criterios de aislamiento, colonizados o infectados

por gérmenes multirresistentes de interés epidemiológico, ante brotes o alertas epidemiológicos.

Precauciones:

- Verificar que las manos y antebrazos estén libres de anillos, pulseras y reloj. La piel debajo de los anillos está más altamente colonizada que la piel de los dedos sin anillos. En un estudio realizado por Hoffman (1985) encontró que el 40% de las enfermeras abrigaron bacilos gram-negativos como E. Cloacae, Klebsiella y Acinetobacter, en la piel bajo los anillos, identificándose como factor de riesgo substancial para llevar bacilos gram negativos y S.Aureus.
- Tener uñas cortas al borde de las yemas de los dedos y sin esmalte. Las áreas subunguales de las manos abrigan altas concentraciones de bacterias, las más frecuentes son estafilococos coagulasa-negativos, cepas gram negativas (incluyendo Pseudomonas spp.), corinobacterias y levadura. El esmalte aumenta el número de bacterias y su proliferación sobre las uñas.

Procedimiento

1. Apertura la llave del caño hasta obtener agua a chorro moderado que permita el arrastre mecánico.
2. Humedezca sus manos.
3. Aplicar en la palma de la mano Clorhexidina al 2%.
4. Realice el frotado hasta obtener espuma en toda la superficie de las manos
5. Realice el frotado de las palmas de mano entre sí.
6. Realice el frotado de la palma derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
7. Realice el frotado de las palmas de mano entre sí, con los dedos entrelazados.
8. Realice el frotado del dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
9. Realice el frotado del pulgar izquierdo con movimiento de rotación atrapándolo con la palma de mano derecha y viceversa
10. Realice el frotado de la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y

viceversa

11. Enjuáguese las manos, de la parte distal a la proximal con agua a chorro moderado y no sacudirlas
12. .Cierre la espita del caño con la misma toalla que utilizó.

4.1.2 Administración de medicamentos por vía oral

La manera más fácil y más conveniente de administrar medicamentos es por vía oral. Normalmente los pacientes pueden ingerir o auto administrarse medicamentos orales con un mínimo de problemas. Los alimentos retrasan que se vacíe el estómago, lo que puede disminuir los efectos terapéuticos de los medicamentos orales. Por tanto, la mayoría de los medicamentos orales alcanzan su mejor acción terapéutica si se dan de 30 minutos a 1 hora antes de las comidas. Sin embargo, algunos medicamentos deben tomarse con alimentos. Algunas situaciones contraindican que el paciente reciba medicamentos por vía oral. Muchos medicamentos interactúan con los suplementos alimenticios y herbarios. La enfermera debe estar informada de esas interacciones para determinar el mejor momento para administrar los medicamentos orales.

Una precaución importante que hay que tener en cuenta cuando se administra cualquier preparación oral es proteger a los pacientes de la aspiración. La aspiración se produce cuando los alimentos, los líquidos o un medicamento previsto para la administración GI entran inadvertidamente en el tracto respiratorio. Hay que proteger al paciente de la aspiración valorando su capacidad de deglución. Una postura apropiada es esencial para prevenir la aspiración. La enfermera debe colocar al paciente en posición sentada en un ángulo de 90 grados cuando administra medicamentos orales si no está contraindicado por su enfermedad. Normalmente se reduce la aspiración si el paciente flexiona levemente la cabeza con la barbilla hacia abajo.

Antes de administrar un medicamento por esa vía, hay que verificar que el lugar de la sonda (p. ej., estómago o yeyuno) es compatible con la absorción del medicamento. Por ejemplo, el hierro se disuelve en el estómago y es absorbido en su mayoría en el duodeno. Si se administra hierro por una sonda yeyunal, tiene una deficiente biodisponibilidad. Hay que utilizar medicamentos líquidos cuando sea posible. Cuando los medicamentos líquidos no están disponibles, hay que triturar los comprimidos simples o abrir las cápsulas de gelatina y diluirlas en agua estéril. No hay que utilizar agua del grifo.

Se debe determinar si los medicamentos tienen que ser dados con el estómago vacío o si son compatibles con la alimentación enteral del paciente. Si un medicamento debe ser dado con el estómago vacío o no es compatible con la alimentación (p. ej., fenitoína, carbamazepina, warfarina, fluoroquinolonas, inhibidores de la bomba de protones), la alimentación debe tener lugar al menos 30 minutos antes o 30 minutos después de la administración del medicamento. Hay que verificar el tiempo con una referencia del fármaco o consultar con el farmacéutico. La enfermera debe controlar estrechamente al paciente para reacciones adversas. El riesgo de interacciones farmacológicas es alto cuando dos o más medicamentos se dan por esta vía porque pueden interactuar juntos en cuanto son administrados.

4.1.3 Administración de medicamentos por vía intradérmica.

Es una vía de administración de medicamentos, que consiste en la inyección en la dermis. Por lo general es utilizada para realizar pruebas de sensibilidad a un fármaco específico, o para la aplicación de vacunas.

Normalmente las inyecciones intradérmicas se utilizan para pruebas cutáneas (p. ej., pruebas de tuberculina y pruebas de alergia). Debido a que estos medicamentos son potentes, se inyectan en la dermis, donde el suministro de sangre es reducido y la absorción del medicamento se produce lentamente. A veces los pacientes tienen una reacción anafiláctica grave si los medicamentos entran en la circulación demasiado rápidamente. Las pruebas cutáneas requieren que la enfermera pueda ver claramente los puntos de inyección para ver si hay cambios de color e integridad del tejido. Los puntos intradérmicos tienen que estar ligeramente pigmentados, sin lesiones y relativamente sin vello. La parte interior del antebrazo y la parte superior de la espalda son los lugares ideales.

Se utiliza una jeringa de tuberculina o una hipodérmica pequeña para las pruebas cutáneas. El ángulo de inserción para una inyección intradérmica es de 5 a 15 grados y el bisel de la aguja apunta hacia arriba. A medida que se inyecta el medicamento, una pequeña vesícula parecida a la picadura de un mosquito aparece en la superficie de la piel. Si la vesícula no aparece o el lugar sangra después de quitar la aguja, existe una buena posibilidad de que el medicamento no haya entrado en los tejidos subcutáneos. En este caso la prueba no será válida.

4.1.4 Administración de medicamentos por vía subcutánea.

Es una vía parenteral, la cual consiste en la aplicación de un producto farmacéutico en el tejido subcutáneo o tejido graso. Es una vía de absorción lenta y es la vía de elección en tratamientos frecuentes, regímenes a largo plazo o autoadministración. Los medicamentos administrados por vía subcutánea son aquellos que requieren una absorción lenta y sostenida tales como la insulina y la heparina de bajo peso molecular. El medicamento se inyecta en la hipodermis donde es lento el flujo sanguíneo y, por lo tanto,

más lento, y más estable será la tasa de absorción en comparación con la de la vía intramuscular.

Las inyecciones subcutáneas se limitan generalmente a 1 ml debido a las preocupaciones del dolor de la inyección por el volumen, la viscosidad y las características de la formulación. En ningún caso serían más altas que 2.5 mL os volúmenes de inyección SC mayores de 2 mL están asociados con varios problemas, incluido el dolor de inyección, eventos adversos en el sitio de inyección, y fuga del sitio de inyección (es decir, reflujo de inyección solución). Sin embargo, hasta donde sabemos, no hay estudios clínicos de control y evidencia real existen para apoyar esta suposición.

Los sitios para inyecciones subcutáneas incluyen la parte superior de los brazos, el abdomen, las nalgas y los lados externos de muslo. Las áreas superiores externas de los brazos, ya sea el aspecto lateral o posterior, deben usarse con agujas cortas, 5-6 mm, para la inyección subcutánea realizando la técnica de "pinzamiento". La absorción es más rápida en el abdomen y es más lento de los brazos, más lento aún en los muslos y más lento desde el área de la cadera y las nalgas. Los brazos son sitios favorables, con menos vasos sanguíneos y sensaciones dolorosas y menos molestias para el paciente. Sitios de inyección en el muslo están mejor situados inmediatamente debajo del trocánter mayor del fémur debido a que la grasa subcutánea tiende a adelgazar bajando por el muslo, aunque los pacientes han informado dolor y sangrado frecuente en este sitio. El abdomen es probablemente el más común sitio de elección porque la piel aquí tiene una capa de tejido subcutáneo más grueso y también es el más accesible para el paciente. Aunque el abdomen, el muslo, el brazo y las nalgas se utilizan para inyecciones de insulina, el abdomen y los muslos son preferidos, en el caso de los adultos el abdomen, y en los niños y adolescentes el muslo. Importante: Cuando se administran heparinas en el abdomen debe hacerse a 5cm del ombligo Esto es para evitar las venas umbilicales y reducir el riesgo de sangrado.

Se recomienda rotación del sitio de punción. Esta rotación debe hacerse considerando un dedo de ancho desde el sitio de la inyección anterior o alternando desde la izquierda a la derecha para evitar la atrofia del tejido subcutáneo o también denominada lipohipertrofia, la que es causada por un posible efecto de la insulina y por factores de crecimiento locales inducido por trauma de agujas romas reutilizadas.

TÉCNICA DE APLICACIÓN

- Primero se debe tener en cuenta que el calibre de la aguja Pellizco correcto Pellizco incorrecto corresponda a 5-8mm.
- El ángulo de inyección recomendado para las inyecciones subcutáneas son 90°.
- Teniendo en cuenta que esto depende de la cantidad de tejido subcutáneo y el tamaño de la aguja.
- Es vital minimizar cualquier riesgo de que el músculo siendo penetrado durante la inyección. Esto puede evitarse en gran medida al "pinzar la piel" lejos de la

capa muscular. Existen dos formas de aplicar una inyección subcutánea: Pinzando la piel o sin pinzar la piel. Si se decide pinzar la piel, debe hacerse con la técnica correcta

4.1.5 Administración de medicamentos vía intramuscular.

La inyección intramuscular es una técnica utilizada para administrar una medicación profundamente en el interior de los músculos. Esto permite que el medicamento sea absorbido rápidamente por el torrente sanguíneo por la vascularidad que posee dicho tejido. Las inyecciones intramusculares se usan comúnmente para administrar vacunas, hormonas, vitamina D, antibióticos y medicamentos antipsicóticos a largo plazo. Debido a su gran masa, los músculos de los glúteos son blancos frecuentes de inyecciones intramusculares en adultos y niños y pueden recibir grandes volúmenes de medicación inyectada. La inyección intramuscular dorsoglútea y ventroglútea corresponden a los músculos glúteo mayor y al glúteo medio.

TÉCNICA EN Z

El método en Z evita la filtración de medicamentos irritantes inyectados en el músculo hacia los tejidos que se encuentran alrededor de este. La técnica en Z utiliza el desplazamiento lateral de las capas de la piel (colocando las yemas de los dedos presionando la piel del glúteo tirando hacia atrás y en esa área puncionar) para sellar eficazmente el fármaco en el músculo y evitar que este llegue a las capas superficiales de la piel.

4.1.6 Administración de medicamentos por vía intravenosa

La administración de medicamentos por vía intravenosa se define como la instilación de sustancias líquidas directamente al torrente sanguíneo a través de una vena siendo esta de forma intermitente o continua. Es en comparación con las otras vías, la de mayor rapidez de absorción.

¿Cuáles Son Los Propósitos De La Terapia Intravenosa (Iv)?

- Para suministrar líquidos cuando los pacientes no pueden tomar líquidos por vía oral.
- Para proporcionar sales y otros electrolitos necesarios para mantener el desequilibrio electrolítico.
- Para proporcionar glucosa (dextrosa), el principal combustible para el metabolismo.
- Para proporcionar vitaminas y medicamentos solubles en agua.
- Establecer una vía accesible para la administración de medicamentos intravenosos.

Formas De Administración Intravenosa

Existen ciertas formas para la administración de medicamentos por vía intravenosa, las cuales se clasifican de acuerdo al tiempo de perfusión, volumen, y volumen plasmático alcanzado.

1. Administración intravenosa directa.
2. Administración intravenosa en perfusión intermitente.
3. Administración intravenosa en perfusión continua

Procedimiento De Administración De Medicamentos Intravenosos De Forma Directa

MATERIALES:

- Jeringuillas de 3-5-10-20cc.
- Medicamento prescrito.
- Solución salina 100cc.
- Torundas de algodón secas.
- Alcohol en atomizador.
- Canasta de papel.
- Torniquete.
- Guantes.

Procedimiento:

1. Lavado de manos y tener todos los materiales listos.
2. Explicación del procedimiento al paciente.
4. Preparación del medicamento.
5. Búsqueda de una vena en la fosa cubital: Aplicación de torniquete, apertura de la mano, golpecitos, calentar el área. Colocarse los guantes.
6. Insertar la aguja de la jeringuilla con el bisel hacia arriba y en 15 grados o menos. Halar el émbolo para observar el retorno de la sangre.
7. Una vez confirmado que está en vena, sostener con el dedo índice o pulgar de la mano no dominante la aguja e inyectar el medicamento lentamente con la mano dominante.
8. Si existen dudas de la permeabilidad de la punción se puede absorber más sangre para estarseguros, además se dice que la mezcla del medicamento con la sangre evita dolor.
9. Al terminarse la administración del medicamento, colocar una torunda con alcohol en el área de punción y retirar la aguja.

10. Solicitar al paciente que tenga flexionado el brazo por al menos 3 minutos. Retirar todos los materiales y lavarse las manos.

4.2 Valoración de la salud en el adulto

La valoración del estado de salud de una persona o individuo es un elemento fundamental de los cuidados de enfermería y abarca dos aspectos: historia clínica de enfermería sobre el estado de salud y exploración física. Es importante recordar que existen tres tipos de exploración física: evaluación completa, evaluación de un sistema o aparato del organismo y la de un segmento o región corporal. También existen cuatro tipos de valoraciones; la inicial, focalizada, urgente y nueva valoración después de pasado un tiempo. La valoración física puede realizarse en el hogar, consulta externa o al ingresar al hospital. Si se tiene en cuenta que la valoración se conceptualiza como la obtención, organización, validación, registros sistemáticos, continuos de los datos, y que se centra en las respuestas del paciente para llegar a un diagnóstico de enfermería sobre un problema de salud, ésta debe realizarse de manera objetiva, sistematizada y jerarquizando las necesidades. El proceso de valoración conlleva cuatro actividades muy relacionadas: obtención, organización, validación y registro de datos; sobre las necesidades, problemas sanitarios, experiencias relacionadas, prácticas de salud, valores y estilos de vida percibidos del paciente

4.3 Tipos de baños en el paciente.

Es la limpieza del cuerpo con agua y jabón en la cama del usuario, cuando este está incapacitado para hacerlo por sí mismo o tiene indicación para guardar reposo.

Clasificación de baños:

- A. Baño en cama.
- B. Baño en cama asistido.
- C. Baño en ducha asistido.

Objetivos:

- Proporcionar comodidad y bienestar físico al usuario(a) eliminando sustancias de desecho de la piel.
- Observar la integridad cutánea y otros signos físicos relacionados con la salud del usuario(a).
- Favorecer la circulación periférica y la ejercitación de músculos y articulaciones.

Actividades.

- Verificar que el equipo esté completo y trasladarlo a la unidad del usuario(a).
 - Presentarse e identificar al usuario(a) y familia; informar del procedimiento, solicitar el consentimiento.
 - Colocar ropa en la silla, según orden establecido de arriba hacia abajo: paño, bata, sábana inferior, ahulado sábana movable, cruzado sábana superior, cobija, colcha y funda.
 - Ofrecer privacidad al usuario(a) por medio de biombo o cortina y/o cerrar la puerta.
 - Mantener la higiene de manos y colocarse el equipo protector (bata y guantes Aflojar y retirar las piezas de la ropa de cama una a una.
 - Retirar la colcha, sujetándola por el borde superior; doblarla en 4 partes, colocarla en la silla si va a reutilizarla; si no, descartarla en el soporte para ropa sucia.
 - Retirar la cobija de la misma forma.
 - Aflojar la sábana superior y dejarla cubriendo al usuario(a).
 - Valorar la condición general de salud y el estado de conciencia general del usuario(a) antes de iniciar el baño.
 - Establecer comunicación terapéutica.
 - Si el usuario se encuentra defecado, hacer la higiene genital; ofrecer el bidé u orinal antes de iniciar el baño. Retirar los guantes.
 - Colocar al usuario(a) en posición semifowler o fowler.
 - Ofrecer un vaso con agua, riñón, cepillo de dientes y pasta dental, si el usuario se encuentra en condiciones de realizar su higiene bucal; de lo contrario, esto será realizado por el personal de enfermería (el cepillo de dientes y la pasta dental pueden remplazarse por espátulas forradas con gasa, agua y aceite mineral).
 - Ofrecer el desayuno y repetir la higiene oral.
 - Retirar la almohada y colocar al usuario(a) en posición supina; si presenta dificultad respiratoria, dejarlo en posición semifowler.
 - Doblar la sábana superior hasta la cintura del usuario(a); retirar la camisa o bata y cubrirlo de nuevo con la sábana superior.
 - Iniciar el baño limpiando los ojos de adentro hacia afuera con torundas de algodón humedecidas.
 - Limpiar las fosas nasales con aplicadores, el pabellón auricular con torundas de algodón y terminar de limpiar la cara con el paño y luego secar.
- Lavar la cabeza, en el siguiente orden:
- Colocar un ahulado con sábana movable debajo de los hombros y la cabeza.

- Sustener la cabeza con una mano y colocar la palangana debajo (según la condición de la persona).
- Verter agua (valorar la condición de la temperatura y las necesidades de la persona) sobre el cabello; aplicar pequeña cantidad de champú o sustituto y masajear hasta hacer espuma.
- Verter agua tibia sobre la cabeza cuantas veces sea necesario hasta retirar el shampoo o acondicionador. Retirar la palangana.
- Secar la cabeza y el cuello; retirar el ahulado y la sábana movable.
- Colocar al usuario(a) en posición cómoda.
- Cepillar el cabello en forma suave y lenta.
- Colocarse guantes.
- Con el pañito húmedo y con jabón, limpiar de la mano hasta la axila en forma rotatoria. Retirar el jabón de la misma forma y posteriormente ofrecer el paño para el secado de estas áreas siguiendo igual orden; ofrecer desodorante, talco o bicarbonato para las axilas, limpiar y cortar las uñas. Iniciar con el otro brazo.
- Con el pañito húmedo y con jabón, limpiar el cuello y tórax; dar atención a región sub mamaria de la mujer.
- Dejar el paño sobre el tórax y doblar la sábana hasta el pubis. Lavar el abdomen y limpiar el ombligo con aplicaciones, secar con el paño y cubrir con la sábana.
- Si la condición del usuario lo permite, ofrecer pañito, jabón y agua; de lo contrario, la enfermera debe realizar todo el procedimiento Voltear al usuario para proceder a lavar la espalda y los glúteos con jabón y agua. Si el usuario está inconsciente o grave, voltearlo para el lado de la enfermera (o) que está realizando el baño.
- Secar la espalda y los glúteos; aprovechar que el usuario está de lado y hacer masaje con movimiento circular utilizando crema, dando énfasis a las prominencias óseas; realizar percusión para facilitar el drenaje de secreciones.
- Cubrir al usuario colocando camisa o bata. En caso de usuarios con venoclisis, poner la bata o camisa del lado que tiene vía endovenosa. Lo mismo se hará si el usuario tiene yeso o alguna lesión.

- Lave y secar la pierna y el muslo iniciando del tobillo hasta la ingle, con movimientos rotatorios. Hacer lo mismo con la otra pierna
- Colocar los pies dentro de la palangana con agua, lavarlos dando énfasis a los espacios interdigitales, secar, cortar uñas y aplicar talco o crema.
- Hacer el aseo de genitales. Si el usuario coopera, permitir que se realice el aseo él mismo; de lo contrario, realizarle el aseo perineal.

- Hacer cama según técnica de cama (ver procedimiento, cama ocupada).
- Dejar al usuario cómodo.
- Dar cuidado posterior el equipo.
- Realizar nota de enfermería especificando: hecha, hora, condición de la piel y hallazgos encontrados, colaboración del usuario, nombre de la enfermera y número de licencia

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- Hipotermia
- Traumas
- Quemaduras
- Desequilibrio hemodinámico
- Caídas
- Broncoaspiración
- Desconexión del sistema de apoyo a la vida

4.4 Succión gástrica.

Colocación de sonda nasogástrica y succión gástrica Definición: Es la introducción de una sonda por uno de los orificios nasales hasta la cavidad gástrica. 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.

Objetivos:

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

Actividades

- Revisar el expediente de salud del usuario(a) y verificar la indicación médica.
- Realizar higiene de manos según procedimiento.
- Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del usuario(a).
- Verificar el funcionamiento del equipo de succión.
- Regular la presión del aspirador entre 80 y 100 mmHg en forma intermitente.
- Identificar e informar al usuario(a) acerca del procedimiento.
- Si está indicado, rotular la muestra de jugo gástrico, con los datos del usuario(a).
- Permitir un ambiente de privacidad para el usuario(a).
- Asistir al usuario(a) a colocarse en posición semifowler según lo permita su condición.
- Colocar el campo cerrado o el paño alrededor del cuello y parte del tórax.
- Colocarse los guantes.
- Medir la longitud de la sonda que introducirá de la siguiente manera: La distancia que existe entre el punto de la nariz y el lóbulo de la oreja. Sumar la distancia que hay entre el lóbulo de la oreja y el apéndice xifoides. Establecer hasta cuál marca de las que ya trae la sonda, debe introducir. Lubricar el extremo proximal de la sonda.
- Elegir la fosa nasal, e introducir la sonda nasogástrica hasta la marca que previamente había identificado.
- 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).
- La posición de Fowler alta y la cabeza sujeta a la almohada, facilitan la introducción, ya que la gravedad contribuye al paso del tubo.
- Verificar que la sonda esté en el sitio correcto de la siguiente manera: Sumergir el extremo distal de la sonda en la copa o vaso con agua y comprobar que no produzca burbujas.
- Aspirar contenido gástrico con la jeringa asepto.
- Recoger la muestra de jugo gástrico con la jeringa asepto según indicación médica y verter en el recipiente rotulado para el efecto
- Fijar la sonda utilizando el sujetador para sonda nasogástrica.
- Rotular la sonda nasogástrica con: fecha, hora y nombre de la persona de enfermería que realizó el procedimiento.
- Adaptar la SNG al succionador, si se requiere.

- Fijar la conexión del equipo de succión a la cama.
- Observar que el usuario(a) quede cómodo y la unidad en orden.
- Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.
- Dar cuidado al equipo posteriormente.

Observaciones

- La privacidad que se le dé al usuario(a) aumenta su seguridad física y mental.
- Verificar las indicaciones en el expediente de salud, para evitar errores administrativos y legales.
- Asegurarse de que la sonda nasogástrica esté en cavidad gástrica, de realizarle algún procedimiento al usuario
- Observar si el usuario(a) presenta cianosis, tos, o no puede hablar.
- Observar que la sonda no esté arrollada o acodada en la boca.
- Introducir la sonda por la boca es en última opción: Hay que cerciorarse de que el usuario no tenga prótesis dental. En caso positivo, retirarla.
- Identificar el envase facilita su trámite y ayuda a la obtención rápida del resultado.
- Los epitelios nasales vascularizados, al introducir la sonda nasogástrica, producirán epistaxis.
- La sonda nasogástrica debe cambiarse cada 8 días.
- El cambio de la fijación de sonda nasogástrica debe realizarse diariamente.

Riesgos relacionados con del procedimiento:

- Falsa vía.
- Broncoaspiración.
- Epistaxis
- Vómitos

4.5 Lavado genital

Es el lavado de los genitales externos y la región perineal.

Objetivos:

- Prevenir irritaciones e infecciones en la zona perineal.
- Evitar infecciones, después de intervenciones quirúrgicas urogenitales.
- Fomentar hábitos de higiene.
- Proporcionar comodidad y bienestar

Variación para el aseo perineal femenino

- Verter jabón líquido en el monte de Venus, los genitales y la cara anterior del muslo.
- Limpiar el monte de Venus con una torunda de algodón; hacer movimientos horizontales desde el monte de Venus hacia el ombligo. Descartar la torunda.
- Limpiar con otra torunda el labio mayor distal, desde el clítoris hacia el periné, con movimiento vertical en una sola dirección y luego descartar la torunda.
- Repetir el paso anterior, con el labio mayor proximal y los labios menores en la misma secuencia; utilizar una torunda cada vez y descartar.
- Deslizar otra torunda por el centro de la vulva con movimiento vertical y descartar.
- Lavar con otra torunda la región del muslo distal de adentro hacia fuera, con movimientos verticales haciendo énfasis en el pliegue inguinal y descartar.
- Realizar el mismo procedimiento con el muslo proximal. Verter agua tibia sobre el monte de Venus y los genitales.
- Repetir los pasos anteriores a fin de eliminar el jabón. Secar las zonas lavadas con las torundas de algodón en la misma forma y secuencia que en las acciones anteriores.
- Colocar a la usuaria en posición de Sims (decúbito lateral izquierdo), limpiar y secar la zona perianal, desde la hendidura bulbar hasta el ano.

Hacer el aseo genital en el hombre de la siguiente forma:

- Verter jabón líquido recomendado en el pubis, los genitales y la cara anterior del muslo incluyendo pliegue inguinal.
- Utilizar la pinza mota con torunda de algodón para esparcir el jabón en el pubis del ombligo a los genitales con movimientos horizontales. Descartar la torunda.

- Sujetar el pene con la mano no dominante y bajar el prepucio. Lavar con otra torunda el meato urinario hasta el cuello del glande en forma circular sin devolverse y descartar la torunda.
- Utilizar nueva torunda para lavar el cuerpo del pene del cuello del glande hasta la raíz del mismo y descartar.
- Lavar el escroto en dos partes, distal y proximal; utilizar una torunda para cada uno y descartar.
- Lavar con nueva torunda la región del muslo distal, de adentro hacia fuera con movimiento vertical, haciendo énfasis en el pliegue inguinal y descartar.
- Realizar el mismo procedimiento con el muslo proximal.
- Verter agua tibia sobre los genitales y repetir los pasos anteriores a fin de eliminar el jabón.
- Secar zonas lavadas con las torundas de algodón en la misma secuencia.
- Colocar al usuario(a) en posición Sims (decúbito lateral izquierdo), lavar y secar la zona anal, incluyendo el surco interglúteo.

Observaciones

- En caso de usuarios menores de edad, realizar el procedimiento en presencia de un familiar o testigo, para evitar problemas legales.
- El equipo se adecúa según condición de salud del usuario(a), el escenario de atención (hogar, hospital) y situaciones especiales como cirugía ginecoobstétrica, urogenital, usuario(a) con sonda Foley o paraplejía.

4.6 Enemas

Colocación de sonda rectal y enema evacuante.

Definición: Es la introducción de un catéter rectal a través del esfínter anal hasta el recto e introducir líquidos en forma lenta de por vía rectal, para favorecer la evacuación de heces del intestino o complementar tratamientos.

Objetivos:

- Favorecer la eliminación de gases y materia fecal.
- Favorecer la limpieza del intestino.
- Desintoxicar el organismo.
- Disminuir la distensión abdominal.

- Complementar tratamientos.
- Suministrar tratamientos o medios de diagnóstico

Actividades

- Verificar la indicación en el expediente de salud
- Informar al usuario, y solicitar el consentimiento del procedimiento.
- Realizar higiene de manos.
- Abrir el cubre paquete de la sonda rectal.
- Preparar el equipo de enema (hacer conexión de hule al tanque y a la sonda rectal por medio de la cápsula cerrada).
- Verter en el tanque 500 cc de agua estéril tibia si es un enema y 100 cc si es un micro enema. Agregar los otros componentes indicados (medicamentos, aceite mineral u otro).
- Extraer el aire de la conexión dejando salir unos 5 cc del líquido. Pinzar la sonda.
- Asegurar un ambiente de privacidad al usuario(a) durante el procedimiento.
- Ayudar al usuario a adoptar la posición de SIMS izquierdo (decúbito lateral, con brazo izquierdo a lo largo del cuerpo, pierna derecha flexionada).
- Cubrir al usuario con la sábana movable, dejando descubierto la zona anal.
- Colocar ahulado y sábana movable debajo de los glúteos del usuario(a)
- Lubricar el extremo distal de la sonda rectal.
- Solicitar al usuario(a) que respire profundamente por la boca, para permitir la relajación del esfínter anal.
- Introducir la sonda rectal aproximadamente 10 centímetros, en dirección al ombligo (esta dirección sigue el trayecto anatómico del intestino grueso).
- Despinzar la sonda y pasar suave y lentamente la solución.
- Elevar con la mano libre el tanque por encima de los hombros (aproximadamente 60 cm sobre el nivel de la cama) o colocar en el soporte del gigante.
- Mantener al usuario(a) cubierto con sábana.
- Pinzar la sonda y retirar la sonda rectal al terminar la solución de pasar.
- Higienizar la zona perianal, en caso necesario.
- Colocar el bidé al usuario(a).
- Colocar el equipo en la parte inferior del carro y trasladarlo al cuarto séptico.

- Dar cuidado posteriormente al equipo.
- Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.

Riesgos:

- Dolor anal.
- Lesión intestinal
- Dolor abdominal
- Laceraciones.
- Contaminación.

ENEMA DE RETENCIÓN

Definición: Es la introducción lenta por vía rectal de solución medicamentosa o diagnóstica para ser retenido o absorbido.

Objetivos:

Administrar medicamentos para efectos locales o generales.

Administrar sustancias con fines de diagnóstico.

ENEMA POR COLOSTOMÍA

Definición: Es el procedimiento por el cual se introduce líquido en el colon a través de la estoma intestinal.

Objetivos. Administrar algún medicamento. Facilitar la limpieza intestinal.