



**Nombre de alumno:**

IBI CITLALY GÓMEZ PULIDO

**Nombre del profesor:**

MARIA DEL CARMEN LOPEZ

**Nombre del trabajo:**

ENSAYO

**Materia:**

FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA III

**Grado:** 3

**Grupo:** A

Comitán de Domínguez Chiapas a 17 de JUNIO de 2023.

## ¿Es necesario comprender las técnicas utilizadas en enfermería?

La profesión de enfermería exige agrandar la base de conocimientos para poder brindar a los usuarios atención de calidad para mejorar su salud y favorecer a las necesidades humanas.

Dentro de la profesión de Enfermería los cuidados abarcan una base fundamental, y para poder conseguir un buen desenvolvimiento de estos es necesaria una correcta aplicación de las técnicas de enfermería.

Estas técnicas abarcan desde el lavado de manos, pasando por Baño en el paciente hospitalizado y acabando en procedimientos más complicados como puede ser el caso de los enemas. Sea cual sea la técnica que debamos desempeñar tenemos que tener en cuenta que este es un instrumento imprescindible para que los profesionales de enfermería puedan llevar a cabo su objetivo principal, el cuidado del paciente.

Las técnicas son muy abundantes y diversas, lo que puede provocar no tener las ideas claras y acabar cometiendo errores, por ello se expondrán diferentes técnicas habituales en el trabajo diario de Enfermería, lo cual puede ayudar al dominio y preparación de estas por parte de los profesionales sanitarios.

El estudiante de enfermería, durante su desarrollo académico se integra a la práctica clínica para aplicar y comprender las situaciones de cuidado donde los conocimientos, habilidades y actitudes adquiridas en las unidades de aprendizaje disciplinares del área de la salud y de la misma práctica clínica, le permitan identificar y desarrollar sus competencias en cualquier situación que se suscitan en las experiencias de cuidado. Las técnicas y procedimientos en el cuidado de enfermería, constituyen en la atención moderna de la salud, un eje fundamental que integra el sistema de formación específica de enfermería, cuyo objetivo es el cuidado al agente (paciente) y su entorno para que alcancen los resultados de salud esperados. Es así, que el proceso del cuidado de enfermería, pretende dar solución a

problemas de salud mediante las técnicas y procedimientos las cuales representan la dinámica mediante la cual se establece la interacción enfermera-paciente para mejorar o mantener su estado de salud.

Una de las técnicas principales para favorecer una correcta, higiénica y adecuada valoración es el Lavado de Manos.

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.

El principal objetivo de esta técnica es eliminar suciedad y microorganismos transeúntes de la piel.

Es importante entender que el lavado de manos debe ser constante, en enfermería usamos como; guía y buen manejo de higiene la técnica de los 5 momentos del lavado de mano, este es;

1. Antes del contacto con el paciente. Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que usted tiene en las manos.

Ejemplo: al estrecharle la mano, al ayudarle a moverse, al realizar un examen clínico.

2. Antes de realizar una tarea limpia/séptica. Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que puedan ingresar a su cuerpo, incluido sus propios gérmenes.

Ejemplo: cuidado oral, dental, aspiración de secreciones, curaciones, inserción de catéteres, preparación de alimentos, administración de medicamentos.

3. Después de una exposición a fluidos corporales y después de quitarse los guantes: Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de gérmenes dañinos del paciente.

Ejemplo: cuidado oral, dental, aspiración de secreciones, extracción y manipulación de sangre, orina, heces y desechos de los pacientes.

4. Después del contacto con el paciente: Realizar la higiene de las manos después de tocar al paciente o su entorno inmediato, cuando nos alejamos del paciente. Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de gérmenes dañinos del paciente.

Ejemplo: al estrecharle la mano, al ayudarlo a moverse, al realizar un examen clínico.

5. Después del contacto con el entorno del paciente: Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de gérmenes dañinos del paciente.

Ejemplo: cambiar la ropa de cama, ajustar la velocidad de percusión.

De esta manera nos aseguramos de cumplir con medidas de seguridad para combatir a las enfermedades o microorganismos dañinos para la salud.

En enfermería prevenimos y educamos a la población para ser autosuficientes y tener un equilibrio en su salud para llevar una vida digna.

Cuando la población o usuarios se encuentran bajo amenaza de alguna enfermedad se les suele dar tratamientos y dentro de lo que cabe se les administran medicamentos para encontrar una mejora en su organismo.

Normalmente enfermería se basa en seguir medidas de seguridad sanitarias ,así como buen desenvolvimiento de técnicas que aseguren la calidad de vida, a la hora de administrar los medicamentos seguimos una serie de pasos que se consideran correctos para la administración de medicamentos, conocido como; “LOS 10 CORRECTOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS”.

Estos son;

- Medicamento correcto
- Paciente correcto
- Dosis correcta
- Hora correcta
- Vía de administración
- Preparar usted mismo el medicamento
- Administrar usted mismo el medicamento
- Tener responsabilidad de la administración

- Registro correcto
- Razón correcta

La promoción de la comodidad del paciente a través de intervenciones de enfermería es un componente fundamental del cuidado que brindan los profesionales que se desempeñan en entornos críticos. Teniendo en cuenta que uno de los objetivos principales de la realización de los procedimientos de higiene es el logro de resultados relacionados con comodidad y bienestar, es importante indicar que la comodidad del paciente es un objetivo terapéutico de la práctica de enfermería y una función primaria de enfermería.

Los pacientes hospitalizados en Unidades de Cuidado Crítico tienen muchas necesidades de comodidad en las dimensiones física, espiritualismo, sociocultural y ambiental. Estas deben ser resueltas por los profesionales de enfermería como cuidadores primarios del paciente en el entorno hospitalario. Los procedimientos realizados para satisfacer las necesidades de higiene son cuidados básicos que promueve la comodidad, inmersa en la rutina diaria de los cuidados básicos de enfermería y que si se realiza de manera correcta transmiten contacto individual y presencia.

Una de las comodidades necesarias para pacientes hospitalizados, es la técnica de Baño en el paciente hospitalizado.

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.

Tiene como objetivo; 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) y Favorecer la circulación periférica y la ejercitación de músculos y articulaciones.

El equipo y material que se necesitan son; 2 recipientes, uno con agua fría y otro con agua caliente; lavamanos o lebrillo; recipiente para agua sucia; jabonera con jabón; 1 o 2 toallas grandes; 2 faciales o paños; apósitos, torundas de algodón; camisón o pijama; aplicadores; juego de ropa para cama; guantes limpios, pinza, talco, loción o alcohol y un recipiente para ropa sucia o bolsa de plástico, cómodo.

Si los cuidados relacionados con la necesidad de higiene se realizan con el fin favorecer la comodidad y el bienestar, es fundamental ir más allá de la descripción de la técnica o el procedimiento y sus beneficios hacia la revisión de una visión teórica que la fundamente; Kolcaba definió la comodidad como "la satisfacción (activa, pasiva o cooperativa) de las necesidades básicas humanas de alivio, tranquilidad o trascendencia que surgen de las situaciones del cuidado de la salud que son estresantes". Se define además como el estado en que se libera el cuerpo de estímulos sensoriales o ambientales desagradables. Es descrita como un constructo bidimensional, la primera dimensión definida como la experiencia de tener una necesidad específica, consta de tres estados, alivio, tranquilidad y trascendencia; la segunda dimensión definida por el contexto en el cual se produce dicha necesidad y corresponde al contexto físico, psicoespiritual, sociocultural y ambiental.

Es vital mantener un manejo higienico de todas las técnicas comunes por las que llegan los pacientes a ser atendidos. Otras tecnicas son; la de lavado gástrico o succión gástrica y enemas. Suelen ser muy comunes.

El lavado gástrico o succión gástrica; 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.

Los objetivos de estas técnicas son;

- }) 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

## Principios

- La mala higiene genera la proliferación de microorganismos
- El equipo completo ahorra tiempo y energía. Identificar al usuario(a), antes de realizar un procedimiento, evita errores.
- Para prevenir infecciones al usuario(a), el material debe estar sobre un campo estéril.
- La observación continua del profesional de enfermería permite detectar alteraciones y evitar complicaciones secundarias.
- La anotación de enfermería permite la continuidad en los tratamientos.
- El uso y cuidado del material conserva su duración.

## 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

Los equipos y materiales a usar son;

Charola con equipo de intubación nasogástrica (si es necesario), alimentación preescrita (comercial o preparada), trípode y frasco vacío de 1000 ml con equipo de venoclisis, geringa de 50 ml, guantes, pinza homeóstática.

Otras veces el equipo a usar puede ser también;

sonda nasogástrica (levin) calibre 12 a 18 f, de preferencia desechable, vasija con agua fría o trozos de pequeños hielos, vaso con solución fisiológica o lubricante hidrosoluble, pinzas homéostáticas, bandeja de riñon para secreciones o vomito, cinta hipoalergénica de 2.5 a 3 cm, hisopos, gasas, toallas o compresas, cojín de hule o plástico, pañuelos desechables, guantes, estetoscopio y abatelenguas.

Los enemas suelen ser técnicas aplicadas a los usuarios muy frecuentemente, más en pacientes que ha de recibir cuidados paliativos, se asume que su enfermedad va a ser



cambiante y multifactorial, por lo que, por parte de todos los que integramos su círculo de atención, debemos ser conscientes de que va a precisar una atención global de su situación clínica. Tras este punto de vista, y sentada esta base, podemos entender que el paciente paliativo precise una atención holística, la cual implica atender al paciente desde diferentes puntos de vista. Esto quiere decir que, entre muchos factores, precisará de una atención médica y de enfermería que puedan suplir las necesidades que el paciente no pueda realizar por sí mismo. Entre los problemas que habitualmente podemos encontrar en este caso, nos hemos centrado en un síntoma que, pese a estar en segundo plano dentro de otras disciplinas médicas, en cuidados paliativos es fundamental prestar especial atención. Nos referimos al estreñimiento como síntoma generador de malestar y que se caracteriza por estar sujeto a diferentes factores (físicos, farmacológicos, ambientales, etc.), como tendremos ocasión de ver más adelante. Por tanto, decimos que el estreñimiento es uno de los problemas más frecuentes para el paciente paliativo. Debemos partir de la base de que existen dos aspectos que el equipo ha de tener en cuenta antes de proceder a definir el estreñimiento en los pacientes que reciben cuidados paliativos. El primero de estos aspectos hace referencia a los síntomas medibles, como la frecuencia de la defecación o sus características. El segundo de estos aspectos lo podemos focalizar en la propia percepción del paciente sobre su estreñimiento, determinado por el malestar que le provoca y los cambios del ritmo intestinal. Definimos estreñimiento como “ deposición infrecuente y difícil de heces pequeñas y duras”, cada persona varía en su forma de ponderar los distintos componentes de esta definición al valorar su propio estreñimiento y quizá introduzca en ella otros factores, como pueden ser el dolor y las molestias al defecar, flatulencia, distensión o sensación de gran utilidad disponer de un algoritmo que incluya de forma sencilla las recomendaciones para la valoración, la prevención y el tratamiento del estreñimiento, pudiendo ser una herramienta de utilidad para nuestra práctica clínica diaria. Como prevención en estos casos usamos los Enemas.

Estos son; 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.

Los equipos y materiales a usar son; Charola con equipo comercial de enema desechable o irrigador con tubos de conexión reutilizable, adaptador, sonda nélaton calibre 12 a 18 Fr para niños y en adultos 22 o 30 Fr, lubricante, pinzas homéostáticas, gasas, bandeja-riñón, papel higienico, guantes limpios, cinta adherible para sonda rectal en caso necesario, cómodo, protector de hule, solución prescrita a temperatura de 37° a 40°C y trípode.

En los problemas intestinales la valoración del Técnico Auxiliar de Enfermería es fundamental, ya que el estreñimiento puede generar complicaciones derivadas del esfuerzo durante la defecación, incluyendo además dolor y distensión abdominal, confusión, náusea y vómito por rebosamiento, obstrucción abdominal o perforación intestinal, apertura de suturas en pacientes post operados, problemas en pacientes cardiopatas o con lesiones cerebrales que pueden conllevar a complicaciones serias.

Los Técnicos Auxiliares de Enfermería contribuyen ejecutivamente en la preparación y administración de los enemas, colaborando con el conocimiento científico y práctico en la aplicación de la técnica correcta. Por ello, tienen que actualizarse constantemente en la metodología de administración de enemas, puesto que utilizar un procedimiento correcto con el paciente hace que se obtenga un resultado satisfactorio.

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, reestablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente. Sin embargo, existen situaciones que influyen en el quehacer del profesional de enfermería, olvidando en algunos momentos, que la esencia de ésta, es el respeto a la vida y el cuidado profesional del ser humano. Por tal motivo, surge la

necesidad de reflexionar acerca de la importancia del cuidado de enfermería, ya que éste repercute y forma parte de la producción de los servicios sanitarios, considerados imprescindibles para conseguir algunos resultados finales tales como, el alta, la satisfacción y menor estancia hospitalaria del paciente, mayor productividad, eficiencia y eficacia del profesional y el mantenimiento de la calidad de la atención, entre otros. Es sabido que el cuidar, es una actividad indispensable para la supervivencia, desde que la humanidad existe, el cuidado ha sido relevante constituyendo una función primordial para promover y desarrollar todas aquellas actividades que hacen vivir a las personas y a los grupos. Al desarrollar éstas técnicas de la forma adecuada brindamos calidad a nuestros servicios.



## BIBLIOGRAFÍA:

Información recuperada el 17 de Junio de 2023. Antología UDS de Fundamentos de Enfermería III. Licenciatura de enfermería.

<https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/libro/LEN/973609a11604dfa288ca1dba5241310e-LC-LEN301%20FUNDAMENTOS%20DE%20ENFERMERIA%20III.pdf>