

MANUAL DE PROCEDIMIENTO

NOMBRE DEL ALUMNO: ERIKA MATEO ALTUNAR

NOMBRE DEL TEMA: VALORACION DE LA SALUD

NOMBRE DE LA MATERIA: FUNDAMENTOS DE LA ENFERMERIA

NOMBRE DEL PROFESOR: LIC. SELENE RAMIREZ REYES

NOMBRE DE LA LICENCIATURA: ENFERMERIA

CUATRIMESTRE: 3

INTRODUCCIÓN

La intervención del profesional de la enfermería radica en proporcionar cuidados específicos de la respuesta humana. La enfermería actualmente está considerada como una profesión complementaria a otras de la área de la salud cuyas características consisten en tener un cuerpo de conocimiento, desarrollo de habilidades y un sistema de valores, creencias y actitudes.

Dentro de la profesión de Enfermería los cuidados abarcan un pilar 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 una glucemia capilar y acabando en procedimientos más complejos como pueden ser la inserción de un catéter venoso central. 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 queremos exponer 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.

Como bien hemos dicho, el cuidado del paciente es el objetivo fundamental, y por lo tanto su satisfacción es también uno de los pilares fundamentales. Por ello nuestro objetivo también debe ser alcanzar su bienestar y comodidad.

INDICE

Introducción-----	2
Valoracion de la salud-----	3
Tecnicas especiales de enfermería-----	4
Lavados de manos clinicos-----	5
Administración de medicamentos por vía oral-----	6
Administración de medicamentos por vía intradérmica-----	7
Administración de medicamentos por vía subcutánea-----	8
Administración de medicamentos vía intramuscular -----	9
Administración de medicamentos por vía intravenosa-----	10
Valoracion de lasalud en adulto -----	11
Tipos De Baños En El Paciente-----	12
Baño en cama-----	13
Baño en cama asistido-----	14
Baño en ducha asistido -----	15
Succión Gástrica. (lavado gástrico)-----	16
Lavado (Genital)-----	17
Enema-----	18
Conclusión-----	19
Bibliografía-----	20

VALORACIÓN DE LA SALUD

La valoración del estado de la salud es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado que realizan los profesionales de enfermería, mediante un pensamiento crítico para recolectar, seleccionar y organizar la información de salud.

Técnicas especialidades de enfermería

LAVADO DE MANOS CLINICO



CONCEPTO: El lavado de las 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.

OBJETIVO: eliminar la suciedad y microorganismos transeútes de la piel. Prevención y control de la transmisión de enfermedades infecciosas dentro del ámbito hospitalario.

MATERIAL: jabón líquido con antiséptico (solución jabonosa de clorhexidina o yodada), en dispensador desechable, con dosificador. Cepillo de uñas desechables impregnado en solución antiséptica.

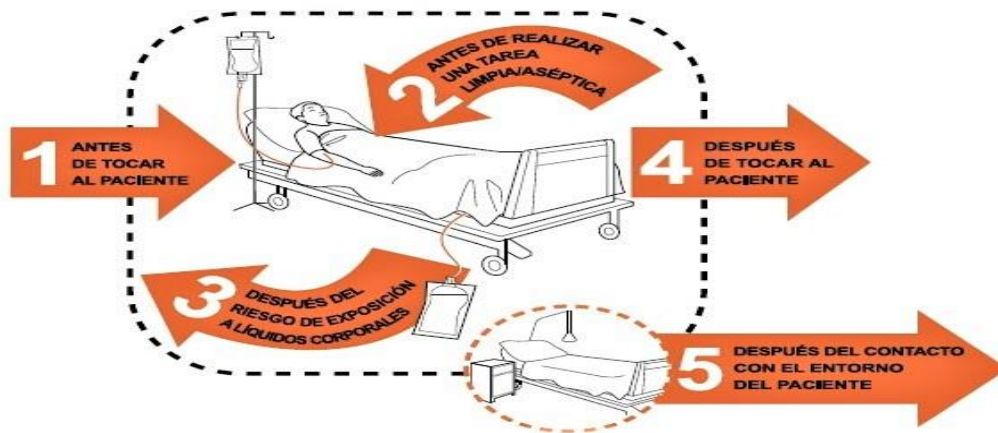
PROCEDIMIENTO

- Apertura la llave de la llave del caño hasta obtener agua a chorro moderado que permita el arrastre mecánico.
- Humedezca sus manos.
- Aplicar en la palma de la mano clorhexidina al 2%.

- Realiza el frotado de las palmas de mano entre si.
- Realice el frotado de la palma derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelanzando los dedos y viceversas.
- Realice el frotado de las palmas de mano entre si, con los dedos entrelazados.
- Realice el frotado de dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrandose los dedos.
- Realice el frotado del pulgar izquierdo con movimiento de rotacion atrapandolo con la palma de la mano derecha y viceversa.
- Realice el frotado de la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierdo, haciendo un movimiento de rotacion y viceversa.
- Enjuagese las manos, de la parte distal a la proximal con agua a chorro moderado y no sacudirlas.
- Cierre la espita del caño con la misma toalla que utilizo.



LOS 5 MOMENTOS DEL LAVADO DE MANOS



CONCEPTO: el frotado de manos es la frotación vigorosa de las manos previamente enjabonadas, seguida de un aclarado con agua abundante, con el fin de eliminar la suciedad, materia orgánica, flora transitoria y residente, y así evitar la transmisión de estos microorganismos de persona a persona.

OBJETIVO: eliminar la suciedad, materia orgánica y flora transitoria de las manos.

MATERIAL: jabón líquido ordinario, en dispensador desechable, con dosificador. Toalla de papel desechable.

PROCEDIMIENTO

- ✓ 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 ayudarlo a moverse, al realizar un examen clínico.
- ✓ Antes de realizar una tarea limpia/aseptica, para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que puedan ingresar a su cuerpo, incluido sus propios gérmenes. Ejemplo el cuidado oral, dental, aspiración de secreciones, curaciones, inserción de catéteres, preparación de alimentos, administración de medicamentos.
- ✓ Después de una exposición a fluidos corporales y después de quitarse los guantes. Para protegerse y proteger el entorno de atención de

salud de germenés dañinos del paciente. Ejemplo: cuidado oral, dental, aspiracion de secrecion, extraccion y manipulacion de sangre, orina, heces y desechos de los pacientes.

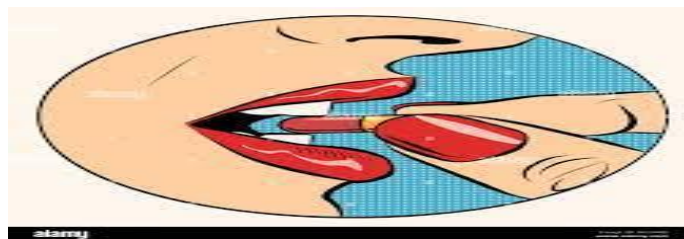
- ✓ Despues del contacto con el paciente: realizar la higiene de las manos despues de tocar al paciente o su entorno inmediato, cuando nos alejamos del paciente. Ejemplo: al estrechar la mano al ayudarle a moverse, al realizar un examen clinico.
- ✓ Despues del contacto del entorno del paciente: para protegerse y proteger el entorno de atencion de salud de germenés dañinos del paciente. Ejemplo: cambiar la ropa de cama, ajustar la velocidad de perfusion.

CORRECTOS PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS



ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR VIA ORAL

La adaministracion oral es una via de administracion mediante la cual una sustancia se toma por la boca, se ingiere y luego se procesa a traves del sistema digestivo.



CONCEPTO: es el procedimiento por el cual se administran por la boca medicamentos, ya sea para acción local o sistemática. Es un procedimiento limpio, cómodo, económico y seguro.

OBJETIVO: aliviar síntomas de una enfermedad, auxiliar el organismo en la eliminación y destrucción de microorganismos patógenos y ayuda a sobreponerse a la enfermedad.

MATERIAL:

- Guantes no estériles.
- Vasos unidos para la medición.
- Batea.
- Jeringas orales, cuchara, dosificadores o cuentagotas, según proceda.
- Medicación prescrita.
- Agua/solución adecuada según el tipo de fármaco.

PROCEDIMIENTO

- ✓ Lavarse las manos con agua y jabón.
- ✓ No quitar las capas protectoras a las cápsulas para así facilitar su administración.
- ✓ Organice el equipo con los siguientes elementos; bandeja, instrumentos medidores que pueden ser goteros, jeringas, cucharas transportadoras de los medicamentos.
- ✓ Cerciórese con la historia clínica que no ha sido modificada a la orden médica en cuanto a medicamentos, dosis y hora.

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRADERMICA



CONCEPTO: Es una via de administracion de medicamentos, que consiste en la inyeccion en la dermis. Normalmente las inyecciones intradermicas se utilizan para pruebas cutaneas, pruebas de tuberculina y pruebas de alergia. Debido a que estos medicamentos son potentes, se inyectan en la dermis, donde el suministro de la sangre es reducido y la absorcion del medicamento se produce lentamente.

OBJETIVO: es prolongar, localizar, y tener una interaccion farmaco con el tejido enfermo.

MATERIAL:

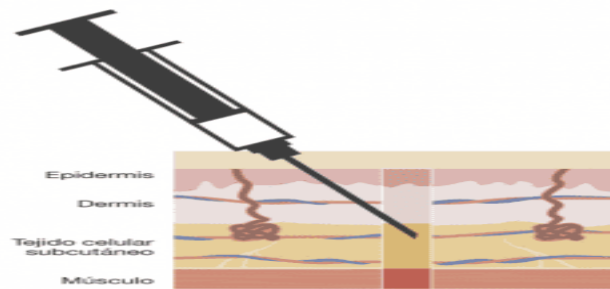
- Jeringuilla de tuberculina o insulina.
- Vacuna o vial de penicilina o el medicamento que fuese.
- Torundas de algodón.
- Alcohol.
- Guantes.
- Canasta de papel.
- Esfero.

PROCEDIMIENTO

- ✓ Explique el procedimiento al paciente, el propósito, el lugar de la inyección y cómo debe cooperar.
- ✓ Lávese las manos y pongase guantes desechables.
- ✓ Coloque al paciente y seleccione el área ventral del antebrazo, parte superior del tórax o parte superior de la espalda debajo de las escápulas.
- ✓ Limpie el sitio con torundas de algodón con alcohol con movimiento circular moviéndose hacia afuera. Permita que la piel se seque. Mantenga el algodón en la bandeja limpia para volver a utilizarlo cuando saque la aguja.
- ✓ Retire la tapa de la jeringa con la mano no dominante tirando de ella hacia afuera.
- ✓ Use la mano no dominante para extender la piel y tensarla sobre el sitio de la inyección.
- ✓ Coloque la aguja casi plana contra la piel del paciente. Inserte un bisel de 1/8- 1/4 pulgada arriba para que la aguja se pueda ver a través de la piel.
- ✓ Lentamente inyecte el medicamento (0.01ml-0.1ml) para ver si se desarrolla un ampolla/ papula (indica que la aguja está en tejido intradérmico). Si no está presente, retire la aguja levemente e inyecte la medicación.
- ✓ Retire la aguja rápidamente en el mismo ángulo en que se insertó.
- ✓ No masajear el área.
- ✓ No reencapuchar la aguja. Deseche la jeringa y la aguja en el receptáculo apropiado.
- ✓ Retire el guante y lávese las manos.
- ✓ Dibuje un círculo usando una pluma azul/ negra alrededor del sitio de la inyección. Escriba la fecha y hora de administración del medicamento.
- ✓ Verifique la reacción dentro de los 15-20 minutos.



ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR VIA SUBCUTANEA



CONCEPTO: Es una vía parental, la cual consiste en la aplicación de un producto farmacéutico en el tejido subcutáneo o tejido graso. 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.

OBJETIVO: describir las acciones que se van a seguir para la administración segura de fármacos por vía subcutánea con fines preventivos, diagnóstico terapéutico. Administrar con seguridad los fármacos a través de la vía subcutánea, prevenir posibles complicaciones derivadas de la administración de fármacos por vía subcutánea.

MATERIAL:

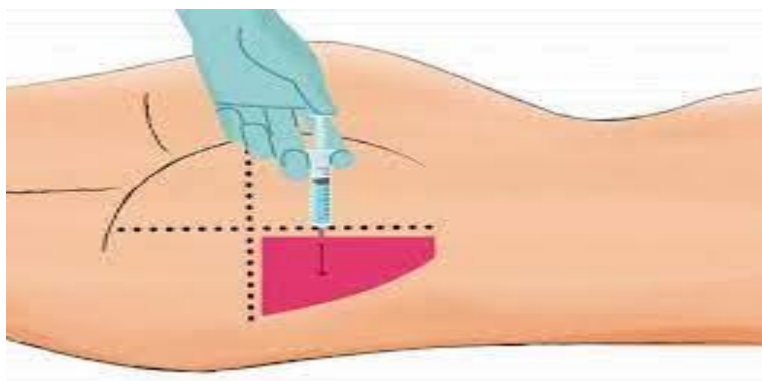
- ✓ Gasas
- ✓ Cinta adhesiva.
- ✓ Jeringas y agujas para carga medicación infundir.
- ✓ Suero fisiológico 0.9% o glucosado 5%.
- ✓ Infusor elegido.
- ✓ Jeringa de 60ml.

PROCEDIMIENTO

- Se debe tener en cuenta el calibre de la aguja pellizco correcto pellizco incorrecto corresponda a 5-8mm.
- El angulo de inyeccion recomendado para las inyecciones subcutaneas son 90° .
- Teniendo en cuenta que esto depende de la cantidad de tejido subcutaneo y el tamaño de la aguja.
- Es vital minimizar cualquier riesgo de que el musculo durante ya inyeccion. Esto puede evitarse en gran medida al “ pinzar la piel” lejos de la capa muscular. Existe dos formas de aplicar una inyeccion subcutanea: pinzando la piel o sin pinzar.



ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR



CONCEPTO: La inyección intramuscular es una técnica utilizada para administrar una medicación profundamente en el interior de los músculos.

Eso permite que el medicamento sea absorbido rapidamente por el torrento sanguineo por la vascularidad que posee dicho tejido.

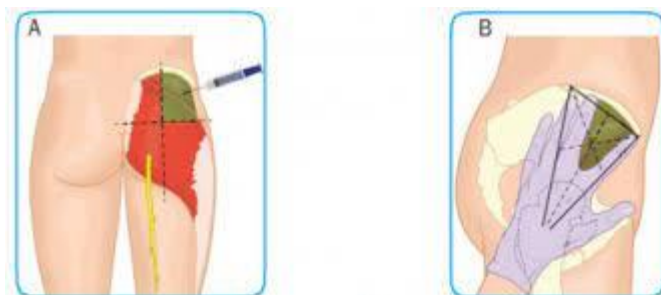
OBJETIVO: esta via de administracion, proporciona uina accion rapida y absorcion sistematica.

MATERIAL:

- ✓ Una toallita con alcohol.
- ✓ Una almohadilla de gasa esteril de 2*2.
- ✓ Una nueva jeringa y aguja
- ✓ La aguja necesita ser lo suicientemente larga para entrar profundo en el musculo.

PROCEDIMIENTO

- Identificar y explicar el procedimiento, solicite su concentimiento.
- Lavarse las manos y ponerse los guantes.
- Proporcionar intimidad, descubrir y seleccionar l zona.
- Desinfectar la zona y dejar secar.
- Extender la piel de la zona para que este firme y facilite la insercion de la aguja.
- Agarre el musculo en el area con los dedos pulgar e indice. Con firmeza, coloque la aguja en el musculo recto hacia arriba y abajo un angulo de 90°.



ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAVENOSA



CONCEPTO: la administracion de medicamentos por via intravenosa se define como la instilacion de sustancias liquidas directamente al torrente sanguineo a traves de una vena siendo esta forma intermitente o de continua. Es en comparacion con las otras vias, la de mayor rapidez de absorcion.

OBJETIVO:

- producir lo efectos mas rapidos que por otras vias.
- Introducir dosis precisas de medicamentos al torrente circulatorio para una accion rapida.
- Administrar sustancias no absorbibles en depositos tisulares o en el aparato gastrointestinal, o que se pueda inactivar antes de la absorcion.

MATERIAL:

- Jeringas de 3-5-10-20cc.
- Medicamento preescrito
- Solucion salina 100cc.
- Torundas de algodón secas.
- Alcohol en atomizador.
- Canasta de papel
- Torniquete.
- Guantes.



PROCEDIMIENTO

1. Lavado de manos y tener todo los materiales listos.
2. Explicacion del procedimiento al paciente.
3. Preapacion del medicamento.
4. Busqueda de una vena en la fosa cubital: aplicaci3n de torniquete, apertura de la mano. Golpecitos, calentat el area. Colocarse los guantes.
5. Insertae la aguja de la jeringuilla con el bisel hacia arriba y en 15 grados o menos. Halar el embolo para observar el retorno de la sangre.
6. Una vez confirmado que esta en la vena, sostener con el dedo indice o pulgar de la mano no dominante la aguja e inyectar el medicamento lentamente con la mano domnante.
7. Si existen dudad de la permeabilidad de la puncion se ´ puede absorber mas sangre para estar seguros, ademias se dice que la mezcla del medicamento con la sangre evita dolor.
8. Al terminar la administracion del medicamento, colar una torunda con alcohol en el area de puncion y retirar la aguja.
9. Solicitar al paciente que tenga flexionado el brazo al menos 3 minutos. Retirar todo los materiales y laurse las manos.

VALORACION DE LA SALUD EN EL ADULTO



CONCEPTO: la valoracion geriatria integrales un proceso diagnostico dinamico y estructurado que permite detectar y cuantificar problemas, necesidades y capacidades en el adulto mayor



BAÑO DE
IMERSION

BAÑO EN
REGADERA

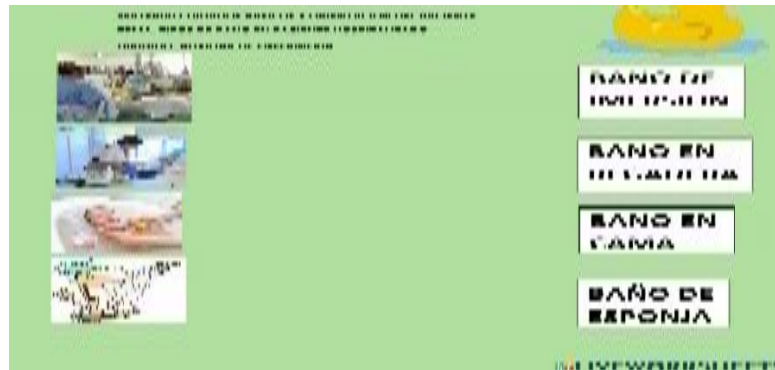
BAÑO EN
CAMA

BAÑO DE
ESPONJA

PROCEDIMIENTOS

- Evaluar el estado de salud n
- mediante la evaluacion funcional.

TIPOS DE BAÑO EN EL PACIENTE



Baños en cama

CONCEPTO: es la limpieza del cuerpo con agua y jabon en la cama del usuario, cuando este esta incapacitado para hacerlo por si mismo o tiene indicaciones para gurdar reposo.

OBJETIVO: algunos pacientes no pueden dejar su cama para bañarse sin correr riesgo. Para estas personas, los baños diarios en la cama pueden ayudar a mantener la piel sana, controlar el olor y aumentar la comodidad.

MATERIALES:

- un tazon grande de agua caliente (alrededor de 106°fahrenheit).
- Jabon(ya sea jabon tradicional o de no engruajar).
- Dos paños o esponjas.
- Toalla seca.
- Locion.
- Peine u otros productos para el cuidado del cabello.
- Desodorante.

PROCEDIMIENTO:

- Colocar un ahulado con sabanas movable debajo de los hombros y la cabeza.
- Sostener la cabeza con una mano y colongar la palngana debajo (según la condicion de la persona).
- Verter agua (valorar la condicion de la temperatura y las necesidades de la persona) sobre el cabello; aplicar pequeña cantidad de shampoo o sustituto y masajear hasta hacer espuma.
- Verter agua tibia sobre la cabeza cuantas veces sea necesario hasta retirar el sahmpoo o acondicionador. Retirar la palangana.
- Secar la cabeza y cuello; retirar el ahulado y la sabana movable.
- Colocar al usuario(a) en posicion comoda.
- Cepillar el cabello en forma suave y lenta.
- Colocar guantes.
- Con el pañito humedo y con jabon, limpiar de la mano hasta la axila en forma rotatoria. Retirar el jabon de la misma forma y posteriormente ofrecer el paño para el secado de estas areas siguiendo igual orden; ofrecer desodorante, talco o bicarbonato para las axilas, limpiar y cortar las uñas.

- Con el pañito humedo y con jabon, limpiar el cuello y torax; dar atencion a region sub mamaria de la mujer.
- Dejar el paño sobre el torax y doblar la sabana hasta el pubis. Lavar el abdomen y limpiar el ombligo con aplicaciones, secar con el paño y cubrir con la sabana.
- Si la condicion del usuario lo permite, ofrecer pañito, jabon y agua; de lo contrario, la enfermera debe realizar todo el procedimiento voltear al usuario para proceder a lavar la espalda y los gluteos con jabon y agua. Si el usuario esta inconciente o grave, voltearlo a lado de la enfermera (o) que esta realizando el baño.
- Secar la espalda y los gluteos; aprovechar que el usuario esta de lado y hacer masaje con movimiento circular utilizando crema, dando enfasis alas prominencias oseas; realizar percusion para facilitar el drenaje de secreciones.
- Cubrir al usuario colocando camisa o bata. En caso de usuarios venoclisis, poner la bata o camisa del lado que tiene via endovenosa. Lo mismo se hara si el usuario tiene yeso o una lesion.

BAÑOS EN CAMA ASISTIDO



CONCEPTO: El baño en duchao asistido se realiza cuando la condicion de la PAM asi lo permite. Generalmente, la persona lo realiza de forma autonoma, con el acompaÑamiento de la persona asistente.

OBJETIVO: conservar la piel y las mucosas en buen estado para facilitar sus funciones protectoras.

Material:

- Vaso con agua.
- Palangana con agua caliente.
- Esponjas desechables.
- Jabon liquido.
- Shampoo.
- Bastoncillos para los oidos.
- Toalla de baño.
- Guantes y bata desechable.
- Crema hidratante y/o hidrocoloide.
- Complementos deaseo personal.
- Ropa limpia para paciente y cama.
- Bolsa de recogida de ropa usada.
- Bolsa de recogida de material desechable.



PROCEDIMIENTOS

- ✓ Traiga todo los elementos que va necesitar a lado de la cama del paciente.
- ✓ Eleve la cama a una altura comoda para evitar fatigarse la espalda.
- ✓ Explique al paciente que usted le va dar un baño de cama.



BAÑO EN DUCHA ASISTIDO



CONCEPTO: son procedimientos por medio de las cuales se hace limpieza de todo el cuerpo o de una parte de el.

El aseo y el confort de un paciente se define como un conjunto de actividades dirigidas a proporcionar el aseo corporal y comodidad del paciente.

OBJETIVO: eliminar la suciedad y bacterias de la piel, cabello, uñas. Eliminar sustancias de desecho como la transpiracion. Estimular y mejorar la circulacion sanguinea. Relajar la tension de los musculos y articulaciones, asi como, ejercitarlos.

Material:

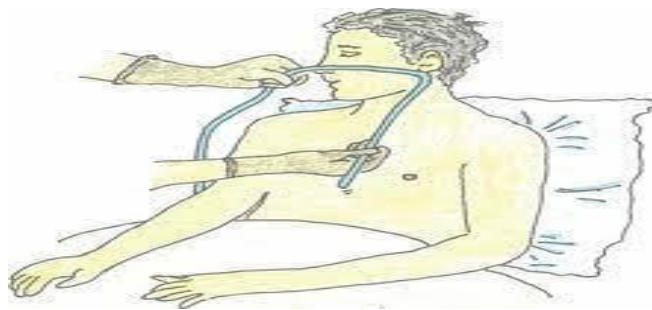
- ✓ Bañeras.
- ✓ Platos de ducha.
- ✓ Ceramica.
- ✓ Griferia.
- ✓ Muebles.
- ✓ Accesorio de pared.

PROCEDIMIENTO

- Ayuda a vestirse y traslado a la unidad del paciente.
- Descarte la ropa sucia.
- Termine con el arreglo personal del paciente, proporcionándole seguridad emocional y confort.
- Deje el equipo limpio y en orden.
- Lávese las manos.
- Haga anotaciones del expediente clínico del paciente si es necesario.



SUCCION GASTRICO



CONCEPTO: 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.

OBJETIVO:

- Establecer un medio de drenaje por aspiracion o gravedad para eliminar liquidos y/o gasea del aparato digestivo.
- Administrar medicamentos y/o alimentos directos a la cavidad gastrica.
- Recolectar muestras del contenido gastrico con fines diagnosticos.
- Realizar lavado gastrico.
- Administracion alimetaciocion enteral.
- Administrar medicamentos.
- Prevenir broncoaspiracion en usuario con disiminucion de conciencia.
- Contribuir a establecer el diagnostico de salud.

MATERIAL:

- Medicacion: lubricante, suero fisiologico
- Utiles; sondas, gasas, guantes, esparadrapo. Bolsa para terminal de sonda.
- Jeringa de cono ancho que se adapte a la sonda.
- Fenendoscopio, equipo de aspiracion.
- Solucion salina.



PROCEDIMIENTO

Se introduce una sonda a traves de una nariz o La boca, bajando por el estofago hasta el estomago. Su gargante puede adormecerse con medicamentos para reducir la irritacion y el reflejo nauseoso causado por la sonda.

LAVADO GENITAL



CONCEPTO: metodo anticonceptivo que consiste en la introducción en la vagina de agua pura o de una solución de agua que contiene un producto antiséptico, un medicamento o vinagre.

OBJETIVO:

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

MATERIAL:

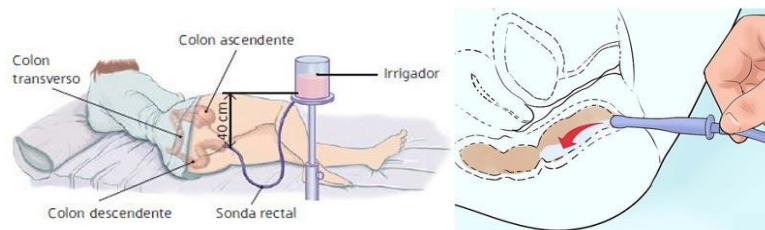
- Esponja
- Jabón neutro
- Cuña
- Toallas
- Guantes monouso



PROCEDIMIENTO: desnudar el paciente y cubrirlo parcialmente con la sabana, dejando al descubierto la zona a lavar.

En el varon, retirar el prepucio del pene del paciente. Lavar y enjuagar, no secar, ya que la humedad lubrica e impide la friccion.

ENEMAS



CONCEPTO: es la introduccion de un cateter rectal a traves del esfinger anal hasta el recto e introducir liquidos en forma lenta por via rectal, para favorecer la evacuacion de heces en el intestino o complementar tratamientos.

OBJETIVO:

- ✓ Favorecer la eliminacion de gases y material fecal.
- ✓ Favorecer la limpieza del intestino.
- ✓ Desintoxicar el organismo.
- ✓ Disminuir la distencion abdominl.
- ✓ Complementar tratamientos.
- ✓ Suministrar tratamientos o medios de diagnostico.

MATERIAL:



- Una bolsa de gravedad.
- Una sonda foley
- Geringas
- Gel
- Lubricante que se disuelva en agua
- Una percha (un gancho)
- Solucion salina
- producto laxante; gliverina, jabon de castilla o fleet enema.

PROCEDIMIENTO

Inserte lenta y suavemente entre 7,5 y10 cm la sonda de tubo en direccion hacia el hombligo. Pidale que respire profundamente por la boca (para relajar el esfinter rectal interno). Eleve la bolsa que contiene el enema entre 30 y 45cm por encima del recto y abra la pinza.



CONCLUSIÓN

La verdadera medida de la salud no es la ausencia de enfermedad o invalidez, sino la capacidad de funcionar efectivamente dentro de un determinado medio ambiente, es el proceso de adaptación continua a los millares de bacterias, estímulos, presiones y problemas que desafían diariamente al hombre.

La salud integral comprende un estado de bienestar en todos los aspectos: físicos, biológicos, cognoscitivos, socio emocionales, morales. Se enfoca en la promoción y mantenimiento de la calidad de vida del ser humano; cualquier efecto en la salud integral repercute en todas las áreas de la vida, ya que una buena salud es la principal condición del desarrollo humano y es muy importante cuidarla, conservarla, potenciarla ya que esto permite el desarrollo de las habilidades y capacidades del ser humano.

A pesar de que cada persona, familia, comunidad otorga a la salud valores diferentes, sin embargo, para todos significa estar bien, verse bien, actuar bien, ser reproductivos y relacionarse sanamente con los demás.

BIBLIOGRAFIA

[Succión gástrica: MedlinePlus enciclopedia médica](#)

https://libraria.xunta.gal/sites/default/files/downloads/publicacion/cas._via_oral._revisado_pl.pdf

sergas.es

<https://extranet.sergas.es › Docs › PDF-2778-es>

PDF

<https://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer/para-adultos-mayores/%C2%BFqu%C3%A9-es-una-evaluaci%C3%B3n-geri%C3%A1trica>

<https://revistamedica.com/tipos-de-enemas-y-administracion/#:~:text=Un%20enema%20es%20la%20instalaci%C3%B3n,el%20colon%20y%20el%20recto.>