



Mi Universidad

Manual de Procedimientos

Nombre del Alumno: Hannia Sugely López Gómez

Nombre del tema: Manual de procedimientos

Parcial: 2

Nombre de la Materia: Fundamentos de Enfermería.

Nombre del profesor: Lic. Selene Ramírez Reyes

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 3

1 INTRODUCCIÓN

A continuación hablaremos sobre las diferentes vías de administración, como sabemos existen diversos medios por los que el medicamento puede introducirse en el organismo. A veces es posible que un mismo medicamento este preparado para utilizar mas de una vía, del mismo modo que existen farmacos diseñados para acceder al organismo por una unica vía, de igual manera sabemos que para cada vía se utiliza diferente técnica y a veces diferentes materiales. En el tema de hoy te daremos a conocer un poco mas sobre cada una de las vías de administración tales como, vía intramuscular, vía subcutánea, vía intravenosa, etc.

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN	1-2
2	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ORAL.....	1-5
2.1	CONCEPTO DEL PROCEDIMIENTO:.....	1-5
2.2	OBJETIVOS:.....	1-6
2.3	MATERIAL Y EQUIPO:	1-6
2.4	PASOS DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO:	1-6
3	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRADERMICA	2-8
3.1	CONCEPTO DE PROCEDIMIENTO:.....	2-8
3.2	OBJETIVOS:.....	2-8
3.3	MATERIAL Y EQUIPO:	2-9
3.4	PASOS DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO:	2-9
4	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA SUBCUTÁNEA	3-12
4.1	CONCEPTO DEL PROCEDIMIENTO:.....	3-12
4.2	OBJETIVOS:.....	3-13
4.3	MATERIALES Y EQUIPO:.....	3-13
4.4	PASOS DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO:	3-13
5	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA INTRAMUSCULAR.....	4-15
5.1	CONCEPTO DE PROCEDIMIENTO:.....	4-15
5.2	OBJETIVOS:.....	4-16
5.3	MATERIALES Y EQUIPO:.....	4-16
5.4	PASOS DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO:	4-16
6	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO POR VÍA INTRAVENOSA.....	5-19
6.1	CONCEPTO DE PROCEDIMIENTO:.....	5-19
6.2	OBJETIVOS:.....	5-19
6.3	MATERIALES Y EQUIPO:.....	5-20
6.4	PASOS DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO:	5-21
7	VALORACIÓN DE LA SALUD EN UN ADULTO	6-22
7.1	CONCEPTO:.....	6-22

7.2	OBJETIVOS:	6-23
7.3	QUE INCLUYE UNA EVALUACION GERIATRICA:	6-23
7.4	PORQUE ES IMPORTANTE:	6-24
8	TIPOS DE BAÑOS EN EL PACIENTE	7-25
8.1	CONCEPTO:	7-25
	BAÑO EN DUCHA	7-26
8.2	BAÑO DE TINA:	7-28
8.3	BAÑO DE ESPONJA:	7-29
8.4	BAÑO EN CAMA:	7-32
9	SUCCIÓN GÁSTRICA	8-36
10	LAVADO VAGINAL	9-38
11	ENEMAS	10-40
12	CONCLUSIÓN	11-45
13	BIBLIOGRAFÍAS:	12-46

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ORAL



1.1 CONCEPTO DEL PROCEDIMIENTO:

el medicamento se ingiere y se absorbe a través del tracto gastrointestinal. Es la vía más utilizada y el fármaco puede tomar forma de gotas, jarabes, elixires, comprimidos, cápsulas, pastillas, etc.

Para administrar fármacos por vía oral se emplean diferentes preparaciones. Es importante a la hora de administrar cualquiera de estas preparaciones que leas bien el prospecto del medicamento y que si tienes dudas preguntes a tu médico o farmacéutico.

1.2 OBJETIVOS:

Administrar fármacos por vía oral con fines diagnósticos, terapéuticos o preventivos para que sean adsorbidos por la mucosa gastrointestinal.

1.3 MATERIAL Y EQUIPO:

- Guantes no estériles
- Vasos unidosis para medicación.
- Batea
- Jeringas orales, cuchara, dosificadores o cuentagotas, según proceda.
- Medicación prescrita
- Agua/Solución idónea según el tipo de fármaco.

1.4 PASOS DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

ANTES DE LA ADMINISTRACIÓN

- Siguiendo los cinco principios de administración de la medicación, verificar:
 - fármaco, dosis, vía, hora y paciente correcto.
 - Asegurarse que no existe contraindicación o alergia al fármaco.
 - Comprobar la fecha de caducidad.
 - Presentarse e identificarse.
 - Comprobar la identidad del paciente, según el procedimiento de aplicación en el Sergas.
 - Respetar la intimidad del enfermo y guardar la confidencialidad de sus Datos.
 - Informar al paciente y/o al cuidador principal del procedimiento a realizar y solicitarle su colaboración, a ser posible, recalcando su

utilidad, usando un lenguaje comprensible y resolviendo sus dudas y temores. En el caso de pacientes pediátricos explicarle el procedimiento a los padres o tutores.

- Valorar el estado de conciencia y la capacidad de deglución del paciente; en el caso de no poder tragar, avisar a su médico, para cambiar, en su caso, la medicación por otra presentación.
- Solicitar su consentimiento de forma verbal, siempre que sea posible.

ADMINISTRACIÓN DE LA MEDICACIÓN

- Etiquetar con el nombre del paciente y cama el vaso de la dosis.
- Preparar la medicación para su administración de forma individualizada, y siguiendo las instrucciones de la ficha técnica y/o el prospecto Si es comprimido o cápsula no retirarla de su envoltura original. Si son gotas, colocar la dosis indicada en un vaso con agua. Si es líquido tomar una jeringa y extraer la dosis indicada o utilizar el dosificador del fármaco.
- Higiene de manos rutinario o uso de solución hidroalcohólica Poner guantes no estériles en caso necesario.
- Colocar al paciente en posición Fowler o semisentado si fuera preciso.
- Administrar la medicación proporcionándole agua u otro líquido (si está indicado) en cantidad suficiente, para que la medicación llegue al estómago.
- Asegurarse de que la medicación administrada fue ingerida por el paciente.
- Dejar al paciente en posición cómoda e idónea, permitiéndole un fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Retirar los guantes si procede. Realizar lavado de manos con jabón o con solución hidroalcohólica.
- Valorar la tolerancia y los posibles efectos adversos y comunicárselos al médico, si los hubiera.

2 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRADERMICA



2.1 CONCEPTO DE PROCEDIMIENTO:

Consiste en la administración de muy pequeñas cantidades de medicamentos en la dermis, formandose en el lugar de inyeccion una pápula.

2.2 OBJETIVOS:

Preparar y administrar con seguridad medicamentos mediante inyeccion en las capas superficiales de la piel, entre la dermis y epidermis con fines diagnósticos, terapéuticos o preventivos.

2.3 MATERIAL Y EQUIPO:

- Medicación prescrita.
- Batea
- Guantes no estériles.
- Aguja para preparar medicación.
- Aguja de 25 G., 9,5-16mm. y bisel corto.
- Jeringa graduada de 0.5-1ml.
- Algodón o gasa.
- Solución antiséptica incolora.
- Rotulador
- Contenedor para material corto-punzante.

2.4 PASOS DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

Preparación del personal

- Asegurar que todo el material necesario esté preparado.
- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.

Preparación del paciente

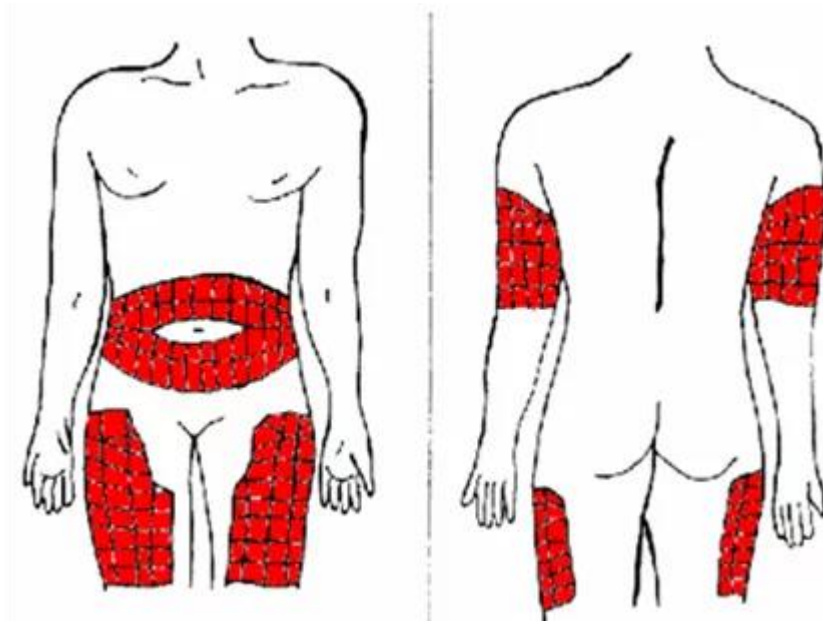
- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y familia del procedimiento a realizar.
- Fomentar la colaboración del paciente según sus posibilidades.
- Preservar la intimidad y confidencialidad.

PROCEDIMIENTO

- Comprobar el fármaco prescrito, dosis correcta prescrita y adecuada para el paciente, momento correcto, vía correcta, identidad del paciente.
- Asegurarse de que no existe contraindicación o alergia al fármaco prescrito.
- Comprobar la caducidad del fármaco.
- No administrar fármacos etiquetados incorrectamente.
- Se recomienda el uso de técnica estéril para la preparación de inyecciones intradérmicas.
- Desinfectar tapón del vial.
- Cargar la dosis prescrita en la jeringa y desechar la aguja utilizada sin taparla en contenedor de objetos punzantes y/o cortantes.
- Conectar la aguja de calibre 25 G para la administración del fármaco.
- Determinar con el paciente la zona para administrar la medicación: cara interna de antebrazos o en su defecto la parte superior del tórax o en las escápulas y comprobar que sea la piel fina, sin vello ni manchas.
- Limpiar la piel con la solución antiséptica, siguiendo un movimiento en espiral del centro a la periferia aproximadamente 7 cm y esperar a que esté seca.
- Asegurar que no hay aire en la jeringa y empujar el émbolo hasta que vea aparecer la solución en el bisel.
- Tensar la piel con la mano no dominante tirando hacia arriba con el dedo pulgar o tensándola entre los dedos índice y pulgar para evitar molestias y que la aguja penetre en tejido subcutáneo.
- Colocar la jeringa de forma que la aguja quede paralela a la piel y con el bisel hacia arriba.
- Introducir la aguja con el bisel hacia arriba formando un ángulo inferior a 15º y avanzar unos 2mm, con lo que el bisel queda visible bajo la superficie cutánea.
- Inyectar el fármaco, sin aspirar, comprobando que se forma pápula o vesícula.

- En caso de no aparecer la vesícula, es que se ha realizado la punción muy profunda; repetir la prueba.
- Si sangra la zona después de retirar la aguja o si no se ha formado la vesícula, se debe repetir la inyección a una distancia mínima de 10 cm.
- Retirar suavemente la aguja con el mismo ángulo que se insertó, sin limpiar, frotar ni masajear la zona. El masaje tras la inyección puede dispersar la medicación.
- Si la inyección intradérmica se realiza para determinar el Test de la Tuberculina (Mantoux) o pruebas de alergia, señalar la zona dibujando un círculo alrededor del perímetro de inserción (de entre 2 y 4 cm de diámetro) para facilitar la lectura posterior de la reacción.
- Informar al paciente que no se lave, ni toque la zona de la punción hasta que no se realice la lectura de la prueba.
- Desechar el material en el contenedor adecuado.
- Retirarse los guantes. Retirarse los guantes.
- Higiene de mano.
- Valorar la tolerancia y los posibles efectos adversos comunicándoselos al médico si los hubiera.

3 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA SUBCUTÁNEA



3.1 CONCEPTO DEL PROCEDIMIENTO:

La 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 el flujo sanguíneo es lento y, por lo tanto, más lento, y más estable será la tasa de absorción en comparación con la de la vía intramuscular.

3.2 OBJETIVOS:

- Administrar un fármaco en el tejido subcutáneo.
- Obtener una absorción más lenta de la medicación comparado con otras vías.
- Aplicar una solución por una vía más rápida.

3.3 MATERIALES Y EQUIPO:

- Bandeja.
- Jeringa estéril de 1 ml.
- Aguja de calibre 25 x 0.7 o del tamaño adecuado a la masa muscular.
- Fármaco.
- Torunda de algodón, con solución antiséptica.
- Guantes descartables.

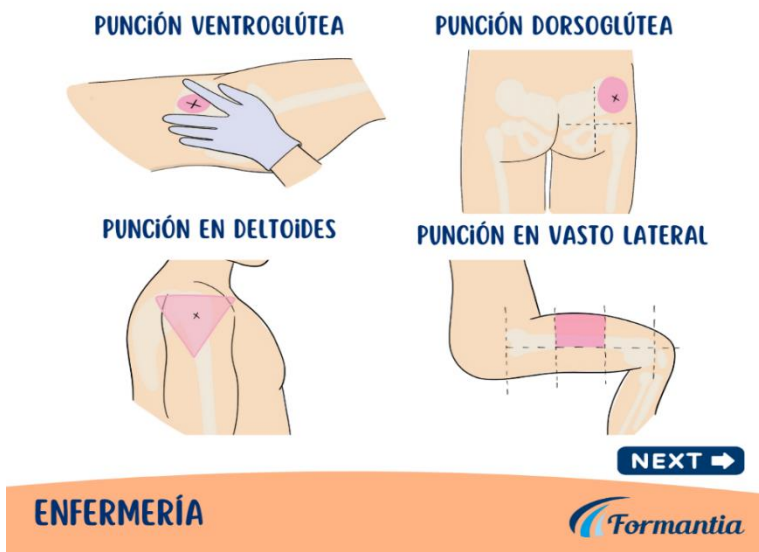
3.4 PASOS DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

- Lavado de manos.
- Identificar al paciente.
- Verificar la indicación médica.
- Preparar la medicación de la ampolla o frasco.
- Cambiar aguja de recarga.
- Atención si es una insulina, porque se pierde unidad en el recambio.
- Explicar al paciente el tratamiento a realizar.
- Colocar al paciente en una posición cómoda.
- Verificar estado general de la zona, que no esté lesionada, irritada, tumefacción, otros.

- Seleccionar especialmente cara externa del brazo, cara anterior o lateral del muslo o abdomen en zona periumbilical.
- Limpiar con la torunda y antiséptico, con movimiento circular, comenzando por el centro.
- Tener en cuenta que el calibre de la aguja corresponda a 5-8 mm.
- Preparar la jeringa para inyectar, verificar que no tenga aire y que la aguja esté permeable.
- Punción en 90 grados (Dependiendo de la característica del paciente, si es una persona muy delgada el ángulo debería de ser en 45 grados, si es obesa en 90 grados. Mantener el pliegue de la piel durante toda la inyección).
- Introducir la aguja en el músculo en ángulo de 45° o 90°, sostener la jeringa entre los dedos pulgar y índice.
- Aspirar sosteniendo el cilindro de la jeringa y el émbolo hacia atrás.
- Si vuelve sangre, retirar la aguja un poco y volver a aspirar.
- Si no refluye sangre inyectar la medicación en forma lenta.
- Retirar la aguja rápidamente y efectuar una leve presión (no Frotar) en zona de inyección.
- Comprobar que no sangre la zona.
- Comprobar que la persona se vea en condiciones óptimas.
- Desechar todo el material usado (la aguja en su descartador sin colocar el capuchón y la jeringa, algodón y guantes en su tacho según normas).
- Registrar toda la información de la práctica y efectos relevantes en planilla correspondiente.
- Firmar cada registro con nombre completo, horario, numero de matricula profesional.

4 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA INTRAMUSCULAR

VÍA INTRAMUSCULAR



4.1 CONCEPTO DE PROCEDIMIENTO:

Las inyecciones intramusculares son un método de administración de medicamentos en los planos profundos de los tejidos musculares. Esta vía de administración, proporciona una acción rápida y absorción sistémica, en dosis relativamente grandes de hasta 5 ml en los sitios apropiados.

4.2 OBJETIVOS:

- Administrar con seguridad los fármacos a través de la vía intramuscular.
- Prevenir posibles complicaciones derivadas de la administración de fármacos por vía intramuscular.

4.3 MATERIALES Y EQUIPO:

- Medicación prescrita
- Batea
- Aguja para la preparación del medicamento
- Aguja de calibre y longitud adecuada
- Jeringa (la cantidad de fármaco a administrar será la que determinará su capacidad)
- Guantes no estériles (solo en caso de aislamientos de contacto)
- Celulosa o gasa no estéril
- Contenedor para material punzante
- Antiséptico homologado

4.4 PASOS DE REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

Antes de la administración

- Siguiendo los cinco principios de administración de la medicación, verificar: fármaco, dosis, vía, hora y paciente correcto. Asegurarse de que no existe contraindicación o alergia al fármaco.
- Comprobar la fecha de caducidad.

- Presentarse e identificarse.
- Comprobar la identidad del paciente, según el procedimiento de aplicación en el Sergas.
- Respetar la intimidad del enfermo y guardar la confidencialidad de sus datos.
- Informar al paciente y/o el cuidador principal del procedimiento que se va a realizar y solicitarle su colaboración, a ser posible, recalcando su utilidad, usando un lenguaje comprensible y resolviendo sus dudas y temores. En el caso de pacientes pediátricos explicarle el procedimiento a los padres.
- Solicitar su consentimiento de forma verbal, siempre que sea posible.
- Asegurar que todo el equipo necesario está a mano.

Administración de la medicación

- Higiene de manos rutinario o uso de solución hidroalcohólica.
- Preparar la medicación que se va a administrar. Comprobar integridad del fármaco y la ausencia de partículas en suspensión. Algunos medicamentos están disponibles en jeringas precargadas y se deben seguir las instrucciones del fabricante.
- Si procede, desechar la aguja utilizada en el recipiente de material punzante o cortante
- Conectar la aguja de calibre adecuado para su administración.
- Determinar con el paciente el área para administrar la medicación: dorsoglútea, ventroglútea, vasto lateral externo o deltoides.
- Colocar el paciente en la posición idónea para alcanzar la relajación de la zona
- muscular elegida.
- Palpar la zona de punción para descartar hematomas o signos de endurecimiento o infección.
- Aplicar presión manual en el lugar de la inyección diez segundos antes de insertar la aguja.

- En el caso de aplicar antiséptico sobre la piel (ver apartado observaciones), realizar movimientos en espiral hacia fuera y dejar secar el tiempo necesario según el producto utilizado.
- Insertar la aguja en la profundidad deseada, en un ángulo de 90° con un movimiento rápido y seguro, con la aguja separada de jeringa o con la aguja y la jeringa conectadas.
- Aspirar (5-10 segundos) en la inyección en la región glútea, debido a la cercanía de la arteria glútea. No es necesario en otras áreas. En el caso de aspirar sangre, retirar la aguja y reiniciar el procedimiento con un nuevo equipo estéril.
- Administrar lentamente el medicamento, cerca de 10 segundos por ml, para permitir que sea absorbido por el músculo.
- Retirar la aguja rápidamente en el mismo ángulo en el que fue insertada.
- Aplicar celulosa o gasa seca y ejercer presión en la zona, sin masajear.
- Desechar la aguja en el recipiente de material punzante o cortante, y el resto del material.
- Realizar higiene de manos con jabón o con solución hidroalcohólica.
- Valorar la tolerancia y los posibles efectos adversos y comunicárselos al médico, si los hubiera.
- Firmar la administración de la medicación en el lugar correspondiente y registrar las incidencias en el caso de producirse.

5 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO POR VÍA INTRAVENOSA



5.1 CONCEPTO DE PROCEDIMIENTO:

Son las maniobras que se realizan para introducir medicamentos al torrente circulatorio a treavez de las venas mediante ajuga y jeringa.

5.2 OBJETIVOS:

- Producir efectos mas rapidos que por otras vias.
- Administrar sustancias no absorbibles en depositos tisulares o en el aparato gastrointestinal o que se puedan activar antes de la absorción.

5.3 MATERIALES Y EQUIPO:

- Contedor de objetos cortantes y punzantes.
- Guantes no estériles (categoría IC).
- Guantes estériles en el caso de soluciones que los requieran, tales como parenterales o manipulación de catéteres centrales (categoría IA).
- Celulosa o gasas.
- Antiséptico. Alcohol 70 % lo polivinilpirrolidona yodada (categoría IA).
- Jeringa de uso parenteral para cargar el fármaco, según necesidades.
- Etiquetas.
- Compresor o cinta de Smark.
- Aguja y/o palomita idónea para aquellos pacientes que no requieren una vía canalizada (administración puntual).
- Fármaco: puede presentarse en ampolas, en polvo para disolución, en vial (en forma líquida) o solución.
- Suero fisiológico.
- Sistema de perfusión.
- Soporte para el suero.
- Bomba de perfusión, si fuera necesario.
- Válvula de seguridad (tapón), si se precisa.
- Batea y bolsa para residuos.
- Aguja intravenosa de 21 G para cargar el fármaco.
- Regulador de flujo, si se precisa.

5.4 PASOS DE REALIZACIÓN DEL 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 estar seguros, 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.

6 VALORACIÓN DE LA SALUD EN UN ADULTO



6.1 CONCEPTO:

Es una herramienta que los médicos utilizan para evaluar la salud y el bienestar de una persona. Analiza su función física, nutrición, otras afecciones médicas, salud mental y cuánto apoyo social tiene en su hogar.

En la atención oncológica, se puede utilizar una evaluación geriátrica para comprender su estado de salud actual y analizar las opciones de tratamiento. A medida que envejecemos, nuestros cuerpos cambian. Las personas mayores de 65 años pueden tener necesidades específicas que su equipo de atención médica desea comprender. Esta herramienta los ayudará a recomendar el mejor plan de tratamiento y a brindar la cantidad adecuada de apoyo.

6.2 OBJETIVOS:

Preventivo, integral (sanos, enfermos) cuidados continuados (seguimiento) alcanzar las metas que van a mejorar el estado de salud y calidad de vida de los pacientes.

6.3 QUE INCLUYE UNA EVALUACION GERIATRICA:

Una evaluación geriátrica no es una sola prueba, como una lectura de la presión arterial. Y no existe un procedimiento de evaluación geriátrica oficial que todos los oncólogos sigan. En cambio, una evaluación geriátrica es una serie de evaluaciones que pueden incluir cuestionarios o evaluaciones físicas.

COMO:

- actividades cotidianas
- riesgo de caídas
- estado de ánimo, ansiedad y depresión
- actividad social y apoyo
- cognición y funcionamiento de la memoria
- nutrición.

PORQUE ES IMPORTANTE:

Una evaluación geriátrica es una herramienta importante porque puede descubrir información que puede no encontrarse durante los exámenes tradicionales realizados durante la atención oncológica. Esto se debe a que las personas mayores de 65 años a menudo tienen otras enfermedades además del cáncer que inciden sobre la manera en que los efectos secundarios podrían afectarlos y cómo podría ser necesario adaptar el tratamiento a sus necesidades.

La investigación ha demostrado que las evaluaciones geriátricas pueden ayudar a los médicos a comprender la “edad funcional” de una persona en comparación con su “edad cronológica”. La edad cronológica es la edad calendario de una persona. Le dice a un médico cuánto tiempo ha pasado desde el nacimiento de una persona. La edad funcional describe el nivel de funcionamiento físico de una persona en su vida diaria. Esto es útil porque no todas las personas que tienen la misma edad cronológica tienen la misma salud o capacidades físicas.

A medida que las personas envejecen, puede haber más diferencias en la salud en comparación con las personas de la misma edad cronológica. Por ejemplo, dos personas que tienen 70 años podrían tener un estado de salud muy diferente entre sí. Una persona puede vivir en su propia casa, ser capaz de conducir y tener una red de familiares y amigos cerca. Otra persona podría vivir en un centro de vida asistida, necesitar ayuda con la atención diaria y tener cuidadores de larga distancia.

Estas diferencias en el estilo de vida y la salud tienen un impacto significativo en el enfoque de la atención del cáncer. Por eso las evaluaciones geriátricas pueden ser tan útiles.

7 TIPOS DE BAÑOS EN EL PACIENTE



7.1 CONCEPTO:

Existen tres tipos diferentes de baños de paciente. Baño en cama; Baño en ducha; Baño en tina. Es aquel procedimiento de aseo general del paciente mediana o totalmente dependiente, que por su condición, no tiene indicación de levantarse por lo que se realiza el baño en su unidad con el mínimo esfuerzo de éste.

BAÑO EN DUCHA:

DEFINICIÓN:

es el baño que se realiza en la ducha cuando la condición del paciente lo permite.

OBJETIVOS:

- Promover y mantener hábitos de higiene personal.
- Eliminar sustancias de desecho y facilitar la transpiración.
- Activar la circulación periférica y la ejercitación de los músculos.
- Observar signos patológicos en la piel y estado general del paciente.
- Proporcionar comodidad, confort y bienestar.

MATERIAL:

- Toalla.
- Toallitas.
- Jabonera con jabón.
- Silla.
- Camisón o pijama.
- Silla de ruedas si es necesario
- Shampoo.

PROCEDIMIENTO:

- Prepare el baño con todo lo necesario al alcance del paciente.
- Ayude al paciente a ir al baño.
- Si es necesario traslade al paciente en silla de ruedas.
- Ayude a desvestirse proporcionando privacidad.
- Observar al paciente en busca de lesiones en la piel o cambios en su estado general.
- Ayúdele a entrar al baño cuidando que no se caiga el paciente.
- Deje al paciente que se bañe solo si su condición lo permite, ayúdelo a lavarse la espalda.
- Ayúdalo a secar la espalda y miembros inferiores, la humedad ayuda al crecimiento de microorganismos.
- Ayude a vestirse y trasládalo 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, permite el seguimiento sistemático y oportuno de la atención del paciente.

DEFINICIÓN:

Es la higiene que se proporciona al paciente, durante su estancia hospitalaria.

OBJETIVOS:

Fomentar el descanso y el relajamiento del paciente; así como mejorar la autoimagen favoreciendo el aspecto físico y eliminando los malos olores.

MATERIAL:

- Ropa del paciente.
- Jabón.
- Toalla.
- Riñón.
- Esponja y toalla facial.
- Shampoo.
- Peine y crema.

PROCEDIMIENTO:

- Realiza lavado de manos y explica al paciente el procedimiento de acuerdo a su edad.
- Traslada el equipo al cuarto de baño y lava la tina con solución antiséptica.
- Llena la tercera parte de la tina con agua a temperatura corporal y cubre con un lienzola base de la tina.
- Traslada al paciente al cuarto de baño.
- Humedece la esponja o toalla con agua tibia, limpia ojos, frente, mejillas y mentón.

- Lava la cabeza con jabón o shampoo y la seca al terminar.
- Retira la ropa del paciente e introduce al paciente en la tina.
- Humedecer el cuerpo del paciente utilizando el riñón y lo enjabona con la esponja o toalla facial, iniciando del cuello hacia la región caudal primero la parte anterior, finalizando por la posterior.
- Enjuaga al paciente de la misma manera y al terminar lo seca y lo viste con su ropa, lo peina y lo lleva a su cama.
- Lava la tina y da los cuidados correspondientes al equipo, dejándolo en el lugar correspondiente.

7.3

BAÑO DE ESPONJA:

DEFINICION:

Son las maniobras que se realizan para mantener el aseo del cuerpo del paciente a excepción del cabello, siempre que sean imposibles los baños de tina o regadera.

OBJETIVOS:

- Limpiar la piel y aumentar así la eliminación por dicho órgano.
- Estimular la circulación.
- Proporcionar bienestar y relajación al paciente.
- Eliminar las secreciones y descamación de la piel.

MATERIAL Y EQUIPO:

Carro pasteur con charola con cubierta que contenga:

- 2 palanganas con agua a temperatura de 43.3 a 46.1 °C.
- 3 toallas fricción.
- 2 toallas grandes.
- Jabonera con jabón.
- Sábana auxiliar.
- Artículos de higiene personal.
- Guantes.

PROCEDIMIENTO:

- Lavarse las manos.
- Preparar el equipo y llevarlo a la unidad del paciente.
- Identificar al paciente.
- Dar preparación psicológica.
- Dar preparación física:
 - a) Aislarlo.
 - b) Posición de decúbito dorsal.
 - C) Acercar al paciente a la orilla de la cama.
- Ajustar la ventilación del cuarto.
- Sustituir la ropa de encima por una sábana sosteniendo al paciente con ambas manos el borde superior de la misma mientras se retira la ropa de encima.
- Acercar las palanganas con el agua a temperatura conveniente.

- Ayudar al paciente a quitarse el camisón o pijama.
- Iniciar el baño aseando cada párpado con movimientos suaves en sentido de la nariz ala sien, utilizando para ello la toallita fricción colocada a manera de guante y sin ponerle jabón.
- Después asear la cara sin jabón, continuar lavando orejas, cuello y parte superior de los hombros, enjuagar y secar.
- Colocar una toalla grande debajo del brazo del paciente, proceder a lavarlo con movimientos largos, sostener el brazo desplazándolo a su máxima amplitud normal de movimiento y lavar región axilar. Enjuagar y secar con la misma toalla.
- Repetir el mismo procedimiento con el otro brazo.
- Permitir que el paciente se remoje las manos antes de proceder a lavarlas, enjuagar y secar las manos.
- Colocar una toalla sobre el tórax para proteger el pecho del paciente, lavar región torácica y abdomen, enjuagar y secar.
- Cambiar de agua antes de lavar las piernas.
- Ayudar al paciente a flexionar la rodilla y se coloca una toalla debajo de la pierna y pié, lavar la pierna con movimientos largos, enjuagar y secar.
- Repetir el mismo procedimiento con la otra pierna.
- Remojar ambos pies del paciente en la palangana antes de lavárselos.
- Lavar, enjuagar y secar muy bien ambos pies.
- Lavar el lavamanos, cambiar de agua, de toallita fricción y toalla grande.
- Ayudar al paciente a acostarse de lado y extender una toalla longitudinalmente y sujetarla debajo del paciente.
- Proceder a lavar, enjuagar, secar y dar masaje a la espalda.
- Cambiar de agua y se pide al paciente que se asee su región púbica.
- Cambiar de agua y lavarle las manos.
- Si el paciente no puede hacerlo por si mismo, se calzan los guantes para lavar, enjuagar y secar la región púbica.
- Ayudar al paciente a ponerse el camisón o pijama.
- Colocar ropa de cama.
- Dejar cómodo al paciente.

- Retirar el equipo y darle los cuidados posteriores a su uso.
- Lavarse las manos.
- Hacer anotaciones en la nota de enfermería.
 - a) Hora y fecha
 - b) Problemas detectados
 - c) Estado de la pie

7.4

BAÑO EN CAMA:

DEFINICION:

es la limpieza del cuerpo con agua y jabón cuando el paciente está incapacitado para hacerlo por sí mismo.

OBJETIVOS:

- Dar comodidad y seguridad al paciente.
- Estimular la circulación de todo el cuerpo.
- Enseñar hábitos higiénicos al usuario
- Evitar infecciones.
- Observar su estado de salud.
- Proporcionar bienestar.

MATERIAL:

- Dos toallas pequeñas.
- Dos toallas grandes.
- Jabón con jabonera.
- Artículos de higiene personal talco, desodorante, loción, colonia, talco.
- Ropa de cama y de paciente.
- Crema lubricante fracciones.

- Gasas y torundas.
- Peine.
- Dos lavacaras.
- Guantes de manejo cuando haya riesgo de contacto con líquidos corporales.
- Un balde.
- Una jarra.
- Papel periódico, cantidad suficiente.
- Bidet, pato.
- Impermeable.
- Gasa estéril cantidad suficiente.
- Aplicadores.
- Suero fisiológico.
- Canastas de papel.
- Semiluna.
- Vaso.

PROCEDIMIENTO:

- Preparar todo lo necesario, poniéndolo a mano y ordenando.
- Pedir la colaboración de la persona que estamos cuidando.
- Comprobar que la temperatura de la habitación sea adecuada y haya intimidad.
- Ofrecer a la persona cuidada la posibilidad de orinar antes del baño.
- Retirar las ropas de la cama tapando a la persona cuidada con la toalla grande.
- Retirar la almohada, Situarse a un lado de la persona cuidada.
- Quitar el camisón o pijama manteniendo la toalla grande sobre el cuerpo.
- Llenar las palanganas de agua caliente.
- Echar en una de ellas jabón líquido.
- Introducir una esponja en cada palangana.
- Una será utilizada para jabonar y la otra para enjuagar; teniendo cuidado de no intercambiarlas.

- En el momento en el que el agua de cualquier palangana esté sucia o la de enjuagar se llene de jabón, la cambiaremos por agua limpia.
- Poner una toalla pequeña cruzando el pecho y lavar la cara, el cuello y las orejas con la esponja de enjuagar, es mejor no usar jabón en esta zona.
- Secar muy bien cara, orejas y cuello con la otra toalla.
- Levantar el brazo más cercano a nosotros y poner la toalla pequeña que estaba en el pecho debajo de él.
- Sosteniendo el brazo por encima de la muñeca, lavar el hombro, la axila y el brazo; jabonando, enjuagando y secando.
- Poner la palangana de jabón sobre la cama e introducir la mano de la persona cuidada en ella, jabonar muy bien, haciendo hincapié en las uñas y entre los dedos. Enjuagar y secar.
- Realizar la misma maniobra con el otro brazo.
- Descubrir la zona del pecho doblando en la mitad la toalla grande que cubría a la persona, jabonar y enjuagar la zona.
- Secar muy bien, sobre todo debajo de las mamas de la mujer.
- Tapar el pecho y descubrir el abdomen doblando la toalla ahora sobre el pecho.
- Enjabonar, enjuagar y secar con movimientos circulares para estimular los movimientos intestinales, hacer hincapié en el ombligo.
- Descubrir totalmente la pierna más cercana a nosotros y colocar la toalla protectora debajo de ella. Enjabonar, enjuagar y secar muslo y pierna.
- Colocar la palangana con jabón a los pies y si la persona cuidada puede doblar la rodilla, introducirle el pie dentro para jabonarlo. Hacer hincapié en las uñas y entre los dedos, jabonar y secar muy bien. Si los pies o las uñas de los pies de la persona están en muy mal estado, se recomienda hacer un aseo especial de ellos.
- Repetir la operación completa con la otra pierna y con el otro pie.
- Pedir a la persona que se vuelva sobre un lado de tal forma que nos muestre la espalda. Ayudar a la persona si lo necesita en este movimiento y asegurarse de que está estable y no se puede caer. También puede colocarse boca abajo si lo desea.

- Colocar la toalla protectora, sobre la cama, a lo largo de la espalda del paciente, jabonar, enjuagar y secar la espalda y las nalgas utilizando movimientos largos y circulares.
- Realizar un masaje en la espalda.
- Volver de nuevo a la persona sobre su espalda y lavar la región genital. A veces es necesario realizar aseo genital, pero la mayoría de las veces bastará con jabonar, enjuagar y secar muy bien las ingles y la zona genital externa.
- Terminado el aseo, vestir a la persona y hacer la cama.
- Peinar, echar colonia. Si es necesario realizar el aseo del cabello.
- Colocar la almohada y poner a la persona en posición cómoda.



CONCEPTO:

Es un procedimiento para vaciar los contenidos del estómago y se puede hacer para realizar exámenes o para extraer materiales tales como venenos. Se introduce una sonda a través de la nariz o la boca, bajando por el esófago hasta llegar al estómago.

OBJETIVOS:

Drenar el contenido gástrico mediante aspiración.

MATERIALES:

- Jeringa.
- Fonendoscopio.
- Aspirador con circuito montado.
- Guantes.
- Pinza.

PROCEDIMIENTO:

- Informar al paciente de la técnica a realizar.
- Proporcionar intimidad.
- Preparar el equipo necesario y comprobar previamente el correcto funcionamiento del aparataje.
- Lavar las manos y poner guantes desechables.
- Comprobar la correcta ubicación de la sonda nasogástrica.
- Conectar la sonda al aspirador y programar éste a la potencia pautada.
- Colocar el sistema de aspiración de forma segura y cómoda para el paciente.
- Observar de forma periódica, el funcionamiento del sistema de aspiración y las características del líquido aspirado.
- Recoger el material utilizado y proceder a su limpieza o eliminación.
- Medir el contenido y limpiar o eliminar el frasco colector, pinzando sonda gástrica antes de desconectar.
- Registrar en el hoja de comentarios de enfermería: potencia de aspiración, cantidad y características del líquido aspirado e incidencias.



CONCEPTO:

Lavado de la cavidad o la superficie de la VAGINA con una solución. Se pueden añadir sustancias o fármacos a la solución de irrigación.

OBJETIVOS:

Mantener la higiene necesaria en la región genital de la paciente, y evitar o disminuir la infección

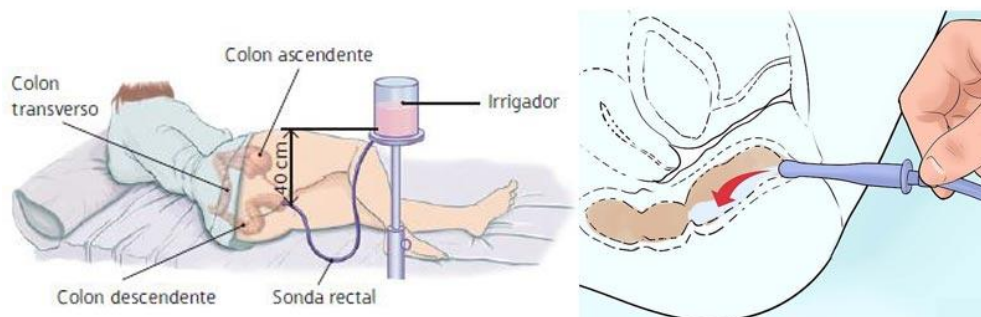
MATERIALES:

- Cuña.
- Palangana con agua tibia.
- Toalla.
- Gel.
- Torundas de algodón.
- Pinzas (procurando que sean de anillas).

- Guantes.
- Compresas.

PROCEDIMIENTO:

- Informar a la paciente sobre la técnica a realizar y pedir su colaboración.
- Proporcionar intimidad a la paciente.
- Lavar las manos y poner guantes.
- Colocar a la paciente en decúbito supino con las rodillas flexionadas y separadas (abducción).
- Descubrir el área genital.
- Colocar la cuña.
- Verter sobre la vulva agua tibia con la solución antiséptica.
- Limpiar con torundas de algodón empapadas en jabón antiséptico los labios mayores, cambiar la torunda, separar los labios menores para lavar los pliegues, de arriba abajo, terminando en el ano.
- Aclarar con agua tibia.
- Secar con torundas de algodón, siempre de arriba hacia abajo.
- Retirar la cuña.
- Girar a la paciente de lado y secar la zona perineal desde la vagina hacia el ano.
- Desechar las torundas de algodón y todo el equipo desechable dentro de una bolsa.
- Acomodar a la paciente.
- Sacar guantes.
- Lavar manos.
- Registrar en la hoja de comentarios de enfermería las incidencias que hubiera.



CONCEPTO:

Un enema es la instalación de una solución acuosa en el interior del recto o colon descendente, con diferentes propósitos terapéuticos o preventivos. Los principales motivos terapéuticos de los enemas son: Aliviar el estreñimiento estimulando el peristaltismo. Ablandar heces y lubricar el colon y el recto.

OBJETIVOS:

Facilitar la evacuación de las heces mediante la administración de líquido, a través del esfínter anal, en el recto y en la parte inferior del intestino, con una finalidad terapéutica. Aliviar la impactación de heces en el estreñimiento,

MATERIALES:

- Guantes desechables.
- Set para enemas.
- Sonda rectal, de 22-30 French para adultos y de 12-18 French para niños.
- Cantidad de solución prescrita a la temperatura correcta.

- Lubricante hidrosoluble.
- Gasas
- Soporte de goteo.
- Bandeja
- Empapadera
- Cuña.
- Papel higiénico.
- Bolsa de plástico para desechos.
- Un termómetro, para comprobar la temperatura del enema.
- Material para el aseo del paciente (toalla, palangana y jabón).

TIPOS DE ENEMAS:

Enema de limpieza: Pretende eliminar las heces, fundamentalmente para:

- Evitar el escape de heces durante la cirugía.
- Preparar el intestino para determinadas pruebas diagnósticas, RX o pruebas de visualización (colonoscopia).
- Extraer heces en caso de estreñimiento o retención fecal.
- Algunos enemas son de gran volumen (500 a 1000 ml) para adulto, y otros son de pequeño volumen, entre ellos las soluciones hipertónicas.
- La temperatura debe estar entre 36-38°C.
- El volumen variara según la edad del individuo; 700-1000 ml para adultos, 500-700 ml para los adolescentes, 300-500 ml para los escolares y 150-250 ml para los bebés.
- Cuando el volumen que se va a administrar es pequeño se denominan micro-enemas.

Enema de retención: Ejerce una acción local o sistémica, introducir aceite o algún fármaco en el recto y el colon sigmoideo. El líquido se retiene durante un tiempo relativamente prolongado (de 1 a 3 horas).

PROCEDIMIENTO:

Preparación del personal

- Comprobar la indicación.
- Valoración en la historia de los riesgos potenciales en ese paciente.
- Asegurar todo el material y la solución antes de iniciar la técnica.
- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.

Preparación del paciente

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y familia del procedimiento a realizar.
- Fomentar la colaboración del paciente según sus posibilidades.
- Preservar la intimidad y confidencialidad.
- Animar al paciente a vaciar la vejiga antes de comenzar con el procedimiento.
- Valorar si el paciente presenta control de esfínteres.
- Valorar si el paciente es capaz de usar el W.C., o debe permanecer en cama y usar una cuña.
- Colocar al paciente en posición de Sims (decúbito lateral izquierdo, con la pierna izquierda extendida y la derecha flexionada), para el enema de limpieza.

PROCEDIMIENTO:

- Indicar al paciente que puede experimentar una sensación de tenesmo mientras se administra la solución.
- Ayudar al paciente adulto a colocarse en decúbito lateral izquierdo, con la pierna derecha lo más flexionada posible y con la empapadera bajo las nalgas.
- Esta posición facilita el flujo por gravedad de la solución hacia el colon sigmoideo y el colon descendente, que se encuentran en el lado

izquierdo. La flexión de la pierna derecha proporciona una exposición adecuada del ano.

- Colgar el recipiente a una altura de 45 cm. por encima de la cama.
- Eliminar el aire de los tubos y pinzar o cerrar la llave.
- Lubricar el extremo de la sonda rectal.
- Indicar al paciente que inspire profundamente y que espire con lentitud, promoviendo así la relajación del esfínter anal externo.
- Aprovechar una de las espiraciones (momento en el que la presión abdominal es menor) para introducir la sonda rectal suave y lentamente en el recto en dirección al ombligo. La inserción lenta evita el espasmo del esfínter.
- Insertar la sonda de 7.5 a 10 cm en adultos, de 5-7.5 cm en niños y de 2.5-3.5 cm en bebés.
- Si existe resistencia del esfínter interno, no forzar, solicitar al paciente que realice una respiración profunda y abrir la llave de paso para dejar pasar una pequeña cantidad de solución a través de la sonda para relajar el esfínter anal interno.
- Si persiste resistencia del esfínter, retirar la sonda y comprobar si existen heces que puedan estar bloqueando la sonda durante la inserción, si es así volver a intentar el procedimiento.
- Comprobar mediante tacto rectal si existe retención fecal u otro bloqueo mecánico.
- Dejar pasar la solución lentamente según la tolere el paciente.
- Una vez administrada la solución cerrar la llave de paso o pinzar y retirar la sonda rectal lentamente.
- Animar al paciente a que retenga el enema de limpieza de 5 a 10 minutos o al menos 30 minutos para un enema de retención.
- Colocar al paciente en decúbito supino o lateral derecho para ayudarlo a retener la solución.
- Si el paciente tiene dificultad para retener la solución puede ayudarlo presionando ambas nalgas entre sí.
- Ayudar al paciente a colocarse sentado sobre la cuña o el W.C.
- Retirar la cuña y realizar lavado perianal o facilitar enseres de aseo, después de la evacuación.
- Asegurar la comodidad del paciente una vez finalizado el procedimiento.

- Antes de tirar el material evacuado asegurarse de que no es necesario tomar muestra para estudio.
- Retirar el material empleado en los contenedores indicados.
- Retirar los guantes.
- Higiene de manos.

11

CONCLUSIÓN

Podemos concluir que las vías de administración de fármacos son las rutas de entrada del medicamento al organismo, lo cual incluye en la lactancia, intensidad y duración del efecto, por esta razón es de suma importancia conocer sus ventajas y desventajas además de cual de las vías de administración de fármacos se utiliza en una situación particular. Cada uno de los temas de este proyecto tiene como fin poder darte a conocer sus técnicas y como saber que material se usa para cada vía de administración.

12

BIBLIOGRAFIAS:

1. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Sevilla. Junio 2012. Disponible en: https://elenfermerodelpendiente.files.wordpress.com/2014/01/manual-de-procedimientos_generales_enfermeria_huvr.pdf
2. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y familias. Plan Estratégico de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Estrategia para la seguridad del paciente Sevilla.2019. Disponible en: https://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/EstrategialSeguridadPaciente_v5.pdf
3. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274, de 15 de noviembre de 2002, páginas 40126 a 40132. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2002-22188>