



Manual De Procedimientos

Nombre del Alumno : Dana Paola Romero Hernández

Nombre del tema : Valoración De La Salud

Parcial : 1er Parcial

Nombre de la Materia : Fundamentos De Enfermería

Nombre del profesor : Selene Ramirez Reyes

Nombre de la Licenciatura : Enfermería

Cuatrimestre : 3er Cuatrimestre

INTRODUCCIÓN

Este Manual De Procedimientos busca ser de ayuda para todas aquellas personas en proceso de aprendizaje dentro del área de la salud, ser una herramienta útil que les ayude a comprender mejor los diversos procedimientos. En el encontraras procedimientos clinicos (cuenta con cinco tipos de Vías De Administración De Medicamentos) que te seran de ayuda en tu proceso de aprendizaje, su concepto, objetivo , materiales para su realización y sus respectivos pasos. Partiremos de un punto muy importante como lo son “ Las Técnicas Especiales De Enfermería” e iniciando con el “ Lavado De Manos Clínico ” el cual deberas realizar antes de cada procedimiento debido a que la higiene sera el punto principal de cada uno de ellos, otro de los puntos que encontraras dentro de “ Las Técnicas Especiales De Enfermería” seran “ Los Correctos Para La Administración De Medicamentos ” necesarios para tener una mayor seguridad antes de cada administración .

Espero que este manual pueda cumplir su objetivo y serte útil en este proceso.

INDICE

PRESENTACIÓN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
INDICE.....	3
TÉCNICAS ESPECIALES DE ENFERMERÍA	
LAVADO DE MANOS CLÍNICO.....	6
LOS 5 MOMENTOS DEL LAVADO DE MANOS.....	10
CORRECTOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.....	13
VÍAS DE ADMINISTRACIÓN	
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VIA ORAL.....	17
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRADERMICA.....	20
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA SUBCUTANEA.....	24
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRAMUSCULAR.....	28
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ÓTICA.....	32
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA CUTANEA.....	35
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA OFTALMICA.....	38
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA NASAL.....	41
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRAVENOSA.....	44
VALORACIÓN	
VALORACIÓN DE LA SALUD EN EL ADULTO.....	49

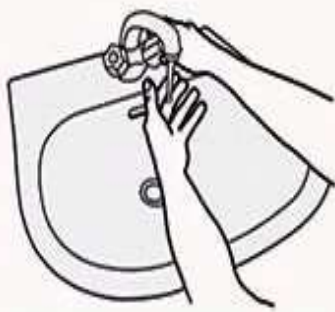
TIPOS DE BAÑO EN EL PACIENTE

BAÑO EN CAMA.....	53
BAÑO ASISTIDO.....	58
EXTRAS	
SUCCIÓN GÁSTRICA.....	62
LAVADO GENITAL.....	67
ENEMAS.....	72
CONCLUSIÓN.....	76
BIBLIOGRAFÍA.....	77

TÉCNICAS ESPECIALES DE ENFERMERÍA

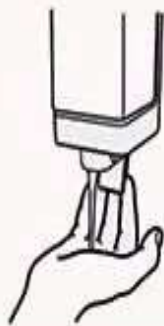
LAVADO DE MANOS CLÍNICO

0



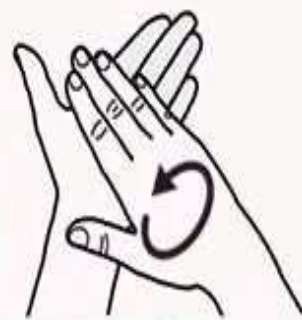
Humedezca sus manos con abundante agua.

1



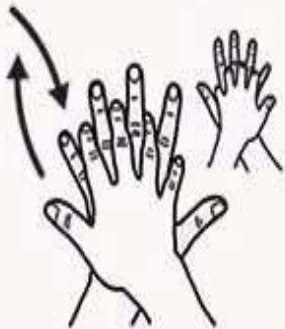
Enjabone sus manos con el grifo cerrado

2



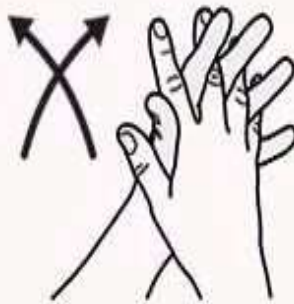
Comenzar frotando las palmas de las manos

3



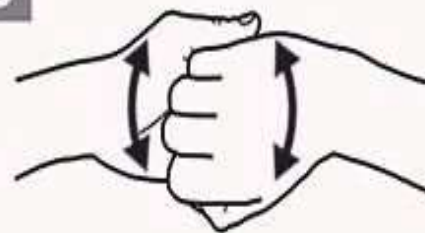
Intercale los dedos y frote por la palma y el anverso de la mano

4



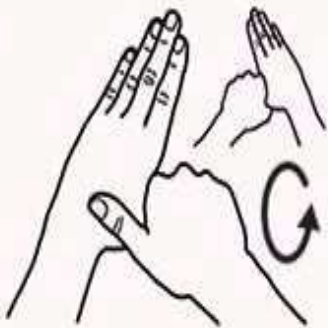
Continúe con los dedos intercalados y limpie los espacios entre si.

5



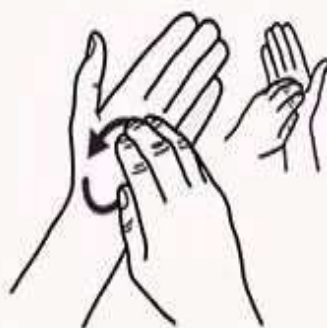
Con las manos de frente agárrese los dedos y mueva de lado a lado.

6



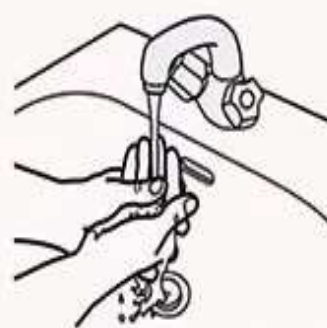
Tome el dedo "gordito" como en la figura para limpiar la zona del agarre de la mano.

7



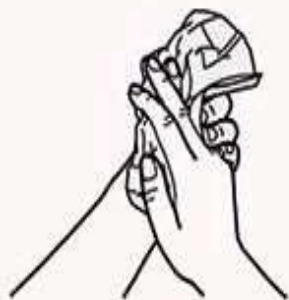
Limpie las yemas de los dedos, frotando contra la palma de la mano

8



Enjuague sus manos con abundante agua (8 seg. aprox.)

9



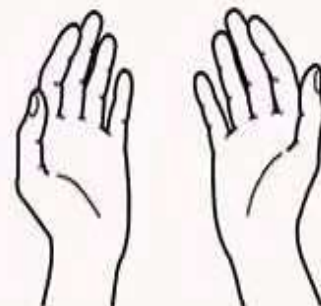
Seque las manos con una toalla desechable o con aire caliente.

10



Cierre el grifo con una toalla desechable

11



Ya está!

Definición: 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

Objetivos: Eliminar suciedad y microorganismos transeúntes de la piel.

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.

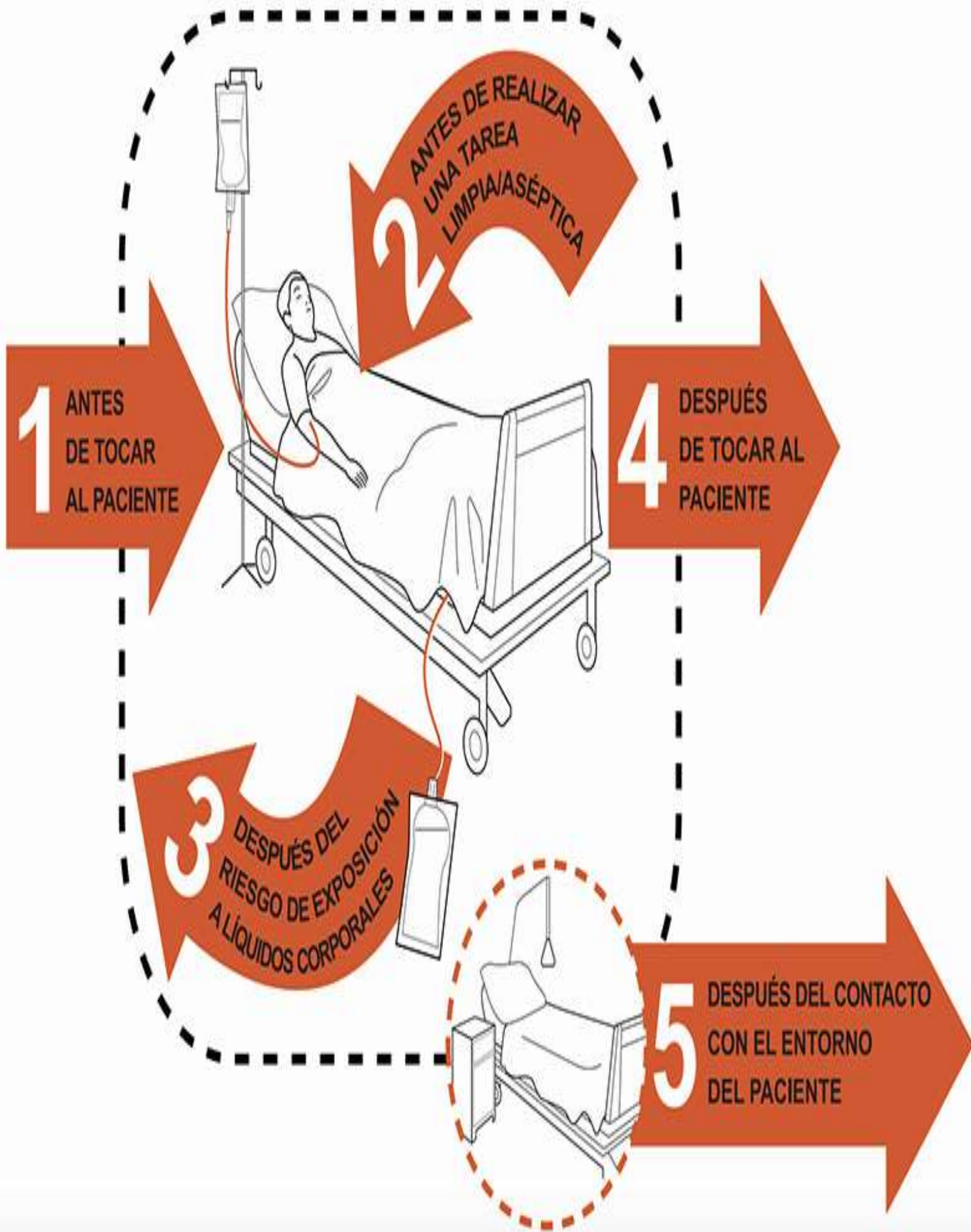
9. Realice el frotado del pulgar izquierdo con movimiento de rotación atrapándolo con la palma de mano derecha y viceversa

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.

LOS 5 MOMENTOS DEL LAVADO DE MANOS



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 ayudarlo a moverse, al realizar un examen clínico.
2. Antes de realizar una tarea limpia/aséptica. 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 perfusión

CORRECTOS PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS



Los 10 correctos para la administración de medicamentos

1 Administrarlo al paciente correcto



2 Administrar el medicamento correcto



3 Administrar la dosis correcta



4 Administrarlo por la vía correcta



5 Administrarlo a la hora correcta



6 Educar e informar al paciente sobre su medicamento



7 Generar una historia farmacológica completa



8 Indagar sobre posibles alergias a medicamentos



9 Estar enterado de posibles interacciones



10 Registrar cada medicamento que se administre



Definición : se refiera a la reglas de seguridad que se deben de llevar a cabo cuando se suministra un fármaco con el objetivo de evitar errores.

Objetivo : Evitar errores a la hora de administrar medicamentos

Procedimiento :

1. Administrar al paciente correcto
2. Administrar el medicamento correcto
3. Administrar la dosis correcta
4. Administrarlo por la vía correcta
5. Hora correcta
6. Informar al paciente sobre su medicamento
7. Generar una historia farmacológica completa
8. Indagar sobre posibles alergias a medicamentos
9. Estar enterado de posibles interacciones
10. Registrar cada medicamento que se administre

VÍAS DE ADMINISTRACIÓN

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VIA ORAL



Definición : La administración de medicamentos por vía oral es el proceso por el que los fármacos se administran por la boca a través del tracto alimentario.

Propósito : Los medicamentos se toman por esta vía debido a la comodidad, la absorción del fármaco, la facilidad de uso y la contención de costes.

Materiales :

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

Procedimiento :

1. Lavarse las manos.
2. Preparar de forma individualizada el fármaco para el paciente.
3. Identificar al paciente.
4. Informar al paciente de lo que se le va a administrar y de la importancia que tiene que se lo tome.
5. Colocar al paciente semisentado o fowler, siempre que sea posible.
6. Asegurarse de que el medicamento corresponda a la prescripción dada por el médico.
7. Dar la medicación al paciente en vasitos monodosis.
8. Verificar que se administra la dosis correcta.
9. Verificar que se administra en el momento correcto.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRADERMICA



Definición : 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.

Objetivo : Administrar fármacos con potente acción que pueden provocar reacciones anafilácticas, ya que la absorción del medicamento es lenta debido a que el riego sanguíneo es reducido en la dermis.

Materiales:

1. Jeringuilla de tuberculina o insulina.
2. Vacuna o vial de penicilina o el medicamento que fuese. • Torundas de algodón
3. Alcohol.
4. Guantes.
5. Canasta de papel.
6. Esfero.

Procedimiento :

1. Explique el procedimiento al paciente, el propósito, el lugar de la inyección y cómo debe cooperar.
2. Lávese las manos y póngase guantes desechables.
3. Coloque al paciente y seleccione el área ventral del antebrazo, parte superior del tórax
4. parte superior de la espalda debajo de las escápulas.
5. Limpie el sitio con torunda de algodón con alcohol en 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.
6. Retire la tapa de la aguja con la mano no dominante tirando de ella hacia afuera.
7. Use la mano no dominante para extender la piel y tensarla sobre el sitio de la inyección.
8. Coloque la aguja casi plana contra la piel del paciente. Inserte un bisel de 1/8-pulgada arriba para que la aguja se pueda ver a través de la piel.
9. Lentamente inyecte el medicamento (0.01ml-0.1ml) para ver si se desarrolla una ampolla / ampolla (la apariencia de la ampolla /

pápula indica que la aguja está en el tejido intradérmico). Si no está presente, retire la aguja levemente e inyecte la medicación.

10. Retire la aguja rápidamente en el mismo ángulo en que se insertó.
11. No masajear el área.
12. No reencapuchar la aguja. Desecharla la jeringa y la aguja en el receptáculo apropiado.
13. Retire el guante y lávese las manos
14. Dibuje un círculo usando una pluma azul / negra alrededor del sitio de inyección. Escriba la fecha y hora de administración del medicamento.
15. Verifique la reacción dentro de los 15-20 minutos

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA SUBCUTANEA



Definición : 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

Objetivo : Introducción de medicamentos en el tejido celular subcutáneo.

Material:

Para la ejecución de la administración de medicación por vía subcutánea se necesitará:

1. La medicación a administrar.
2. Hoja de tratamiento.
3. Guantes de un solo uso.
4. Una aguja subcutánea.
5. Una jeringuilla de 1 o 2 ml.
6. Algodón.
7. Antiséptico incoloro.
8. Contenedores para desechar el material.
9. Batea.

Procedimientos:

Para realizar de una forma adecuada la administración de medicación por vía subcutánea es imprescindible:

1. Hacer un lavado de manos.
2. Comentare al paciente el procedimiento a seguir.
3. Preparar la medicación.
4. Colocarse los guantes.
5. Determinar cuál será la zona de punción más apropiada, sin presencia de lesiones, edemas o contusiones.
6. Aplicar antiséptico incoloro en la zona de punción mediante círculos concéntricos.

7. Dejar que el antiséptico se seque.
8. Hacer un pliegue cutáneo e introducir en él la aguja con la mano dominante siempre con el bisel hacia arriba y con una inclinación de 45-90°. Aspirar para ver que no se está en el interior de ningún vaso.
9. Administrar la medicación de forma pausada.
10. Retirar la aguja con precaución.
11. Una vez terminada la técnica dejar al paciente en una posición cómoda.
12. Guardar y recoger todo el material desechándolos a los contenedores correspondientes en función del criterio de clasificación de recursos.
13. Retirarse los guantes.
14. Lavarse las manos para dar por concluida la técnica.

Técnicas De Aplicación : • Primero se debe tener en cuenta que el calibre de la aguja Pellizco correcto Pellizco incorrecto corresponda a 5-8mm.

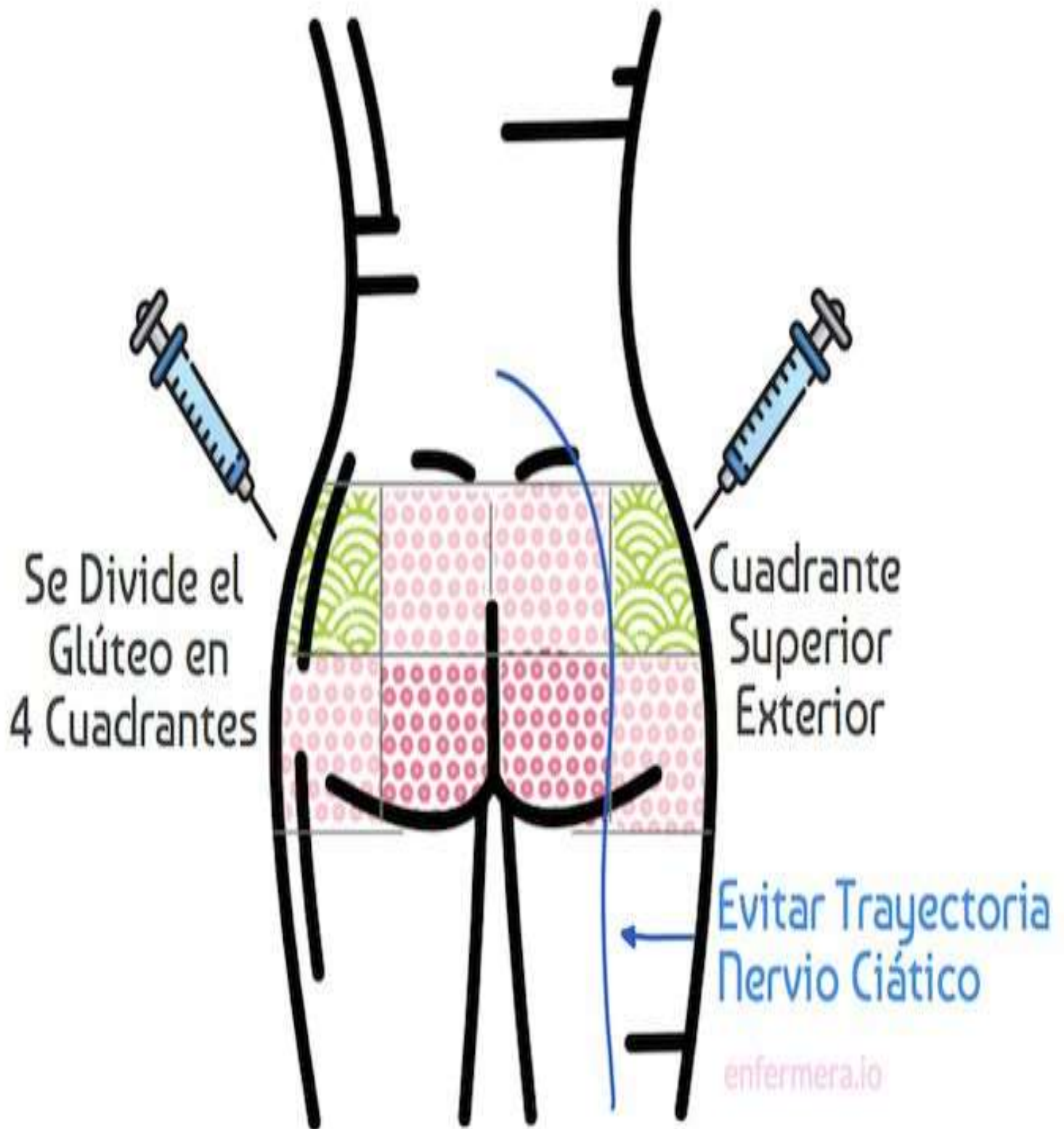
- El ángulo de inyección recomendado para las inyecciones subcutáneas son 90°.
- Teniendo en cuenta que esto depende de la cantidad de tejido subcutáneo y el tamaño de la aguja.
- Es vital minimizar cualquier riesgo de que el músculo siendo penetrado durante la inyección. Esto puede evitarse en gran 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 hacérselo con la técnica correcta

Sitios De Inyección : 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".

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA INTRAMUSCULAR

Inyección Intramuscular

Zona De Punción



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

Objetivo : 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.

Materiales :

1. La medicación prescrita y la hoja del tratamiento a aplicar.
2. Guantes de un solo uso.
3. Una jeringuilla estéril según la cantidad de solución a administrar.
4. Una aguja intramuscular del tamaño adecuado a la masa muscular.
5. Algodón, gasa o torunda.
6. Antiséptico incoloro o alcohol.

Procedimiento :

1. Informar al paciente de lo que se le va a hacer.
2. Lavado de manos y colocación de guantes no estériles.
3. Colocar al paciente en la posición adecuada.
4. Limpiar la piel con un antiséptico y dejar secar durante unos segundos.
5. Con la mano no dominante estirar la piel de la zona a inyectar.
6. Agarrar el músculo en el área con los dedos pulgar e índice.
7. Con firmeza, colocar la aguja en el músculo recto hacia arriba y abajo en un ángulo de 90 grados.
8. Empujar el medicamento en el músculo.
9. Retirar la aguja en línea recta.
10. Presionar el área con la bola de algodón.

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.

¿ Es Necesario Aspirar ? : La aspiración se define como la extracción del émbolo de una jeringa (durante 5-10 segundos) antes de inyectar la medicina. La aspiración se realiza con mayor frecuencia durante una inyección intramuscular (IM) o subcutánea (SC), y está destinada a asegurar que la punta de la aguja esté localizada en el sitio deseado y que no haya perforado accidentalmente un vaso sanguíneo.

Complicaciones :

1. Lesión del nervio ciático en el caso de la inyección glútea
2. Lesión de la rama anterior del nervio radial en el caso de la inyección en el deltoides.
3. Induración local, eritema.
4. Hematomas por punción de vasos sanguíneos.
5. Fibrosis del tejido circundante por aplicaciones de medicamentos en repetidas ocasiones y en el mismo sitio.
6. Aparición de inflamación infecciosa en la zona de punción: En ocasiones debido a la falta de asepsia o manipulación higiénica de la jeringa durante la administración: Abscesos.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA ÓTICA



Definición : La administración de medicamentos por vía ótica es un término médico que se refiere a la aplicación de medicamentos en el conducto auditivo externo. En la mayoría de casos, el fármaco aparece en forma de gotas y se utiliza, por tanto, para fines terapéuticos. Sin embargo, en ocasiones se utilizan pomadas de aplicación tópica con acción local sobre la zona alterada.

Objetivos : Introducir una suspensión de antibióticos en caso de una infección del conducto auditivo o del tímpano.

Materiales :

1. Gasas estériles
2. Guantes no estériles, si se precisan.
3. Suero fisiológico, si se precisa.
4. Bolsa para residuos.
5. Medicamento indicado

Procedimiento :

1. Lavado De Manos
2. Debemos reclinar ligeramente la cabeza, mientras se estira ligeramente la oreja hacia afuera y hacia arriba, después de haberla limpiado bien.
3. Dejaremos caer las gotas resbalando por las paredes del conducto auditivo y mantendremos esta posición durante unos minutos.
4. No debemos tapar la oreja con un algodón seco, ya que podría absorber las gotas administradas.
5. Antes de aplicar las gotas, debemos mantenerlas entre las manos unos segundos para que adquieran la temperatura corporal.
6. Recuerda que, si el medicamento se debe conservar en nevera, hay que sacarlo unos 10 minutos antes de la administración para que se atempere. Si se le olvida este paso, mantenerlo unos minutos entre las manos para atemperarlo.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA CUTÁNEA



Definición : Administración de fármacos en forma de pomada, pastas, cremas, lociones, polvos, nebulizadores o parches a través de la piel.

Objetivos : Administrar correctamente los distintos fármacos con seguridad a través de la piel con fines terapéuticos.

Materiales :

1. Fármaco prescrito: crema, pomada, ungüento, pasta, gel, espuma...
2. Gasas
3. Batea
4. Guantes no estériles.

Procedimiento :

1. Lavado de manos
2. Comprobar: el fármaco prescrito, tipo de medicación tópica, dosis correcta prescrita adecuada para el paciente, momento correcto, vía correcta, identidad del paciente.
3. Asegurarse de que no existe contraindicación o alergia al fármaco prescrito.
4. Comprobar la caducidad del fármaco.
5. No administrar fármacos etiquetados incorrectamente.
6. Seleccionar la zona de aplicación y valorar el estado de la piel del paciente.
7. Limpiar la piel con agua y jabón neutro y secar cuidadosamente retirando residuos de medicamentos anteriores, si precisa.
8. Evitar que el medicamento entre en contacto con los ojos y las mucosas.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA OFTÁLMICA



Definición : La administración de medicamentos por vía oftálmica es la preparación y administración de medicamentos (colirios o pomadas) prescritos por vía oftálmica con fines terapéuticos o como preparación para un examen ocular o un procedimiento quirúrgico.

Objetivo : Prevenir y controlar la infección, aliviar el dolor y la congestión de la conjuntiva, dilatar o contraer las pupilas para algunos tratamientos o exámenes, lubricar el ojo para evitar úlceras de córnea y otras complicaciones

Materiales:

1. Medicamentos.
2. Gasas estériles.
3. Guantes desechables no estériles.
4. Apósito o esparadrapo antialérgico.
5. Suero fisiológico.
6. Bolsa para residuos.

Procedimientos :

1. Lávese las manos y enfúndese los guantes.
2. Explíquese al paciente el procedimiento que va a realizar.
3. Coloque al paciente sentado o en decúbito supino, con el cuello en leve hiperextensión.
4. Si hay costras o secreciones en los anejos oculares, límpielas suavemente con una gasa impregnada en suero fisiológico.
5. Pedir al paciente que mire hacia arriba.
6. Colocar el dedo índice sobre el pómulo del paciente y estirar suavemente la piel hacia abajo para descubrir el saco conjuntival.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA NASAL



Definición : La administración de medicamentos por vía nasal es una técnica muy empleada, dado que es fácil de manejar y ofrece muchas ventajas respecto a otras vías de administración. Al inhalar el fármaco, este se absorbe mejor porque pasa de forma directa a los pulmones y a la mucosa nasal, reduciendo así el número de efectos secundarios.

Objetivo : Facilitar el drenaje de las secreciones, Aliviar la congestión nasal, Detener el sangrado, Humedecer la mucosa nasal, Tratar y prevenir infecciones, Ayudar en el tratamiento hormonal, Anestesiarse localmente.

Materiales :

1. Presentación del medicamento: Gotas, Spray, Aerosol, Isotónicas.
2. Pañuelo facial
3. Una almohada pequeña (opcional) y una toallita (opcional)
4. Guantes limpios (si el paciente tiene un drenaje nasal extenso)
5. Registro de administración de medicamentos

Procedimientos :

1. Lavado de manos
2. inclinar la cabeza hacia atrás y limpiar las fosas nasales con un pañuelo.
3. Introducir el medicamento
4. Mantener la cabeza inclinada durante unos instantes, respirando por la boca.
5. Guardar el medicamento.
6. Retirar el material y los guantes y deséchelos.
7. Acomodar al paciente y valorar su tolerancia y posibles efectos adversos.
8. Firmar la administración de la medicación y registrar las incidencias.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA INTRAVENOSA



Medio de
contraste



Vena

ADAM

Administración de medicamentos
por vía intravenosa

Definición : 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.

Objetivo : 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.

Materiales :

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

Procedimiento :

1. Lavado de manos y tener todos los materiales listos.
2. Explicación del procedimiento al paciente.
3. Preparación del medicamento.
4. Búsqueda de una vena en la fosa cubital: Aplicación de torniquete, apertura de la mano, golpecitos, calentar el área. Colocarse los guantes.
5. 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.
6. 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.

7. 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.

8. Al terminarse la administración del medicamento, colocar una torunda con alcohol en el área de punción y retirar la aguja.

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

Administración intravenosa directa : Los medicamentos administrados por vía IV directa se administran muy lentamente durante AL MENOS 1 minuto.

Administración en perfusión intermitente : Tiempo de infusión de 15-20 minutos. Por lo general se utiliza en situaciones en las cuales el paciente solo debe administrarse el fármaco de acuerdo a ciertas horas, sin necesidad de tener conectado un fluido continuo.

Administración en perfusión continua : Se utiliza cuando el volumen de fluidos a administrar supera los 250cc. El tiempo de infusión es igual o superior a 4 horas. Tiene como objetivo mantener un nivel plasmático del medicamento constante, o por tener una vía disponible para cualquier situación.

VALORACIÓN

VALORACIÓN DE LA SALUD EN EL ADULTO



Definición : 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.

Tipos De Evaluación Física :

1. Evaluación completa
2. Evaluación de un sistema
3. Aparato del organismo
4. La de un segmento o región corporal.

Tipos De Valoraciones :

1. La inicial
2. Focalizada
3. Urgente y nueva valoración después de pasado un tiempo.
4. La valoración física puede realizarse en el hogar, consulta externa o al ingresar al hospital

Etapas Para Llegar A Un Diagnóstico :

- ● Historia clínica de enfermería o anamnesis.
- ● Exploración física.
- ● Métodos complementarios o auxiliares diagnósticos.

TIPOS DE BAÑOS EN EL PACIENTE

BAÑO EN CAMA



Definición: 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:

- A. Proporcionar comodidad y bienestar físico al usuario(a) eliminando sustancias de desecho de la piel.
- B. Observar la integridad cutánea y otros signos físicos relacionados con la salud del usuario(a).
- C. Favorecer la circulación periférica y la ejercitación de músculos y articulaciones. Actividades.
- D. Verificar que el equipo esté completo y trasladarlo a la unidad del usuario(a).

Lavar La Cabeza En El Siguiete Orden :

- Colocar un ahulado con sábana movable debajo de los hombros y la cabeza.
- Sostener 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:

- A. Hipotermia
- B. Traumas
- C. Quemaduras
- D. Desequilibrio hemodinámico
- E. Caídas
- F. Broncoaspiración
- G. Desconexión del sistema de apoyo a la vida

BAÑO ASISTIDO



Definición: Es el baño que se le realiza al usuario(a) que, por su estado de salud, requiere la ayuda del personal de enfermería.

Objetivos:

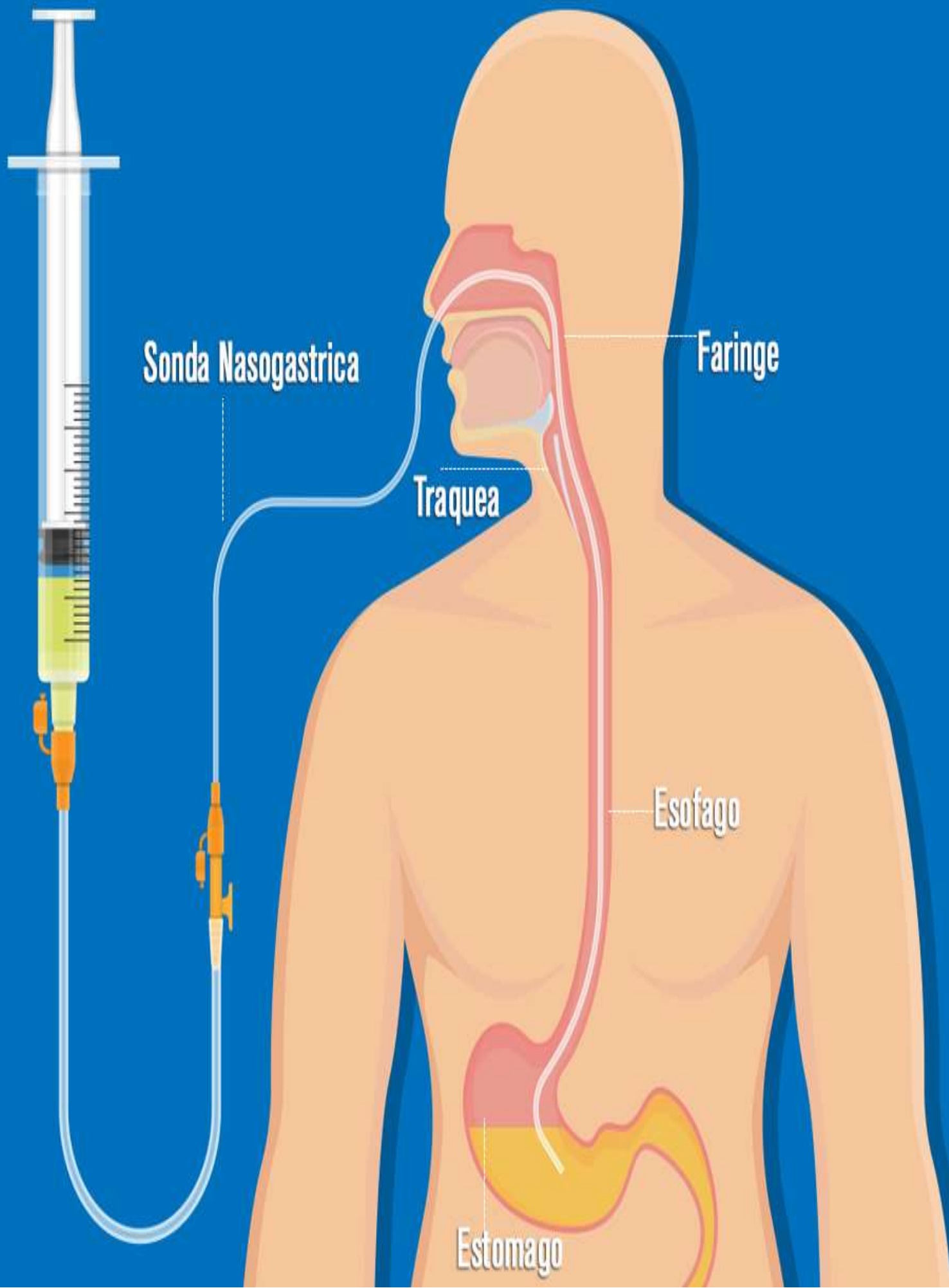
- A. Proporcionar comodidad y bienestar físico al usuario(a) eliminando sustancias de desecho de la piel.
- B. Fortalecer en el usuario(a) la independencia funcional para que realice las actividades de la vida diaria.

Principios :

- A. Identificar y educar al usuario al iniciar el procedimiento favorece la colaboración.
- B. Utilizar las técnicas de mecánica corporal y de movilización de usuario(a) (a) previene riesgos laborales.
- C. Verificar la temperatura del agua previene accidentes.
- D. Permitir a la persona participar en el cuidado personal favorece la autonomía.
- E. El descartar la ropa sucia en el soporte disminuye el riesgo de infecciones cruzadas.
- F. Llenar la bolsa de ropa sucia hasta la mitad si está húmeda, y hasta tres cuartas partes si está seca, permite cerrarlas adecuadamente.
- G. Los registros de enfermería proporcionan datos para la continuidad en los cuidados.

EXTRAS

SUCCIÓN GÁSTRICA



Sonda Nasogastrica

Faringe

Traquea

Esofago

Estomago

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:

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

Material:

- 1. Sonda nasogástrica de tamaño adecuado.
- 2. Lubricante hidrosoluble.
- 3. Tapón par la sonda.
- 4. Esparadrapo hipoalérgico o apósitos para fijación de SNG. Guantes no esteriles.
- 5. Jeringa de 50 ml o de alimentación.
- 6. Vaso con agua.

Procedimiento :

- 1. Revisar el expediente de salud del usuario(a) y verificar la indicación médica.
- 2. Realizar higiene de manos según procedimiento.
- 3. Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del usuario(a).
- 4. Verificar el funcionamiento del equipo de succión.

5. Regular la presión del aspirador entre 80 y 100 mmHg en forma intermitente.
6. Identificar e informar al usuario(a) acerca del procedimiento.
7. Si está indicado, rotular la muestra de jugo gástrico, con los datos del usuario(a).
8. Permitir un ambiente de privacidad para el usuario(a).
9. Asistir al usuario(a) a colocarse en posición semifowler según lo permita su
10. condición.
11. Colocar el campo cerrado o el paño alrededor del cuello y parte del tórax.
12. Colocarse los guantes.
13. Medir la longitud de la sonda que introducirá de la siguiente manera:
La distancia
14. que existe entre el punto de la nariz y el lóbulo de la oreja. Sumar la distancia que
15. hay entre el lóbulo de la oreja y el apéndice xifoides. Establecer hasta cuál marca
16. de las que ya trae la sonda, debe introducir. Lubricar el extremo proximal de la
17. sonda.
18. Elegir la fosa nasal, e introducir la sonda nasogástrica hasta la marca que
19. previamente había identificado.
20. Indicar al usuario(a) que degluta constantemente, y que respire en forma lenta y
21. tranquila mientras introduce la sonda. (El usuario(a) puede saborear trozos de
22. hielo, envueltos en gasa, si su condición lo permite).
23. La posición de Fowler alta y la cabeza sujeta a la almohada, facilitan la
24. introducción, ya que la gravedad contribuye al paso del tubo.
25. Verificar que la sonda esté en el sitio correcto de la siguiente manera:
Sumergir el
26. extremo distal de la sonda en la copa o vaso con agua y comprobar que no
27. produzca burbujas.

28. Aspirar contenido gástrico con la jeringa asepto.
29. Recoger la muestra de jugo gástrico con la jeringa asepto según indicación médica
30. y verter en el recipiente rotulado para el efecto.
31. Fijar la sonda utilizando el sujetador para sonda nasogástrica.
32. Rotular la sonda nasogástrica con: fecha, hora y nombre de la persona de
33. enfermería que realizó el procedimiento.
34. Adaptar la SNG al succionador, si se requiere.
35. Fijar la conexión del equipo de succión a la cama.
36. Observar que el usuario(a) quede cómodo y la unidad en orden.
37. Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.
38. Dar cuidado al equipo posteriormente.

LAVADO GENITAL



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

Objetivos:

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

Procedimiento :

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

ombigo 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.

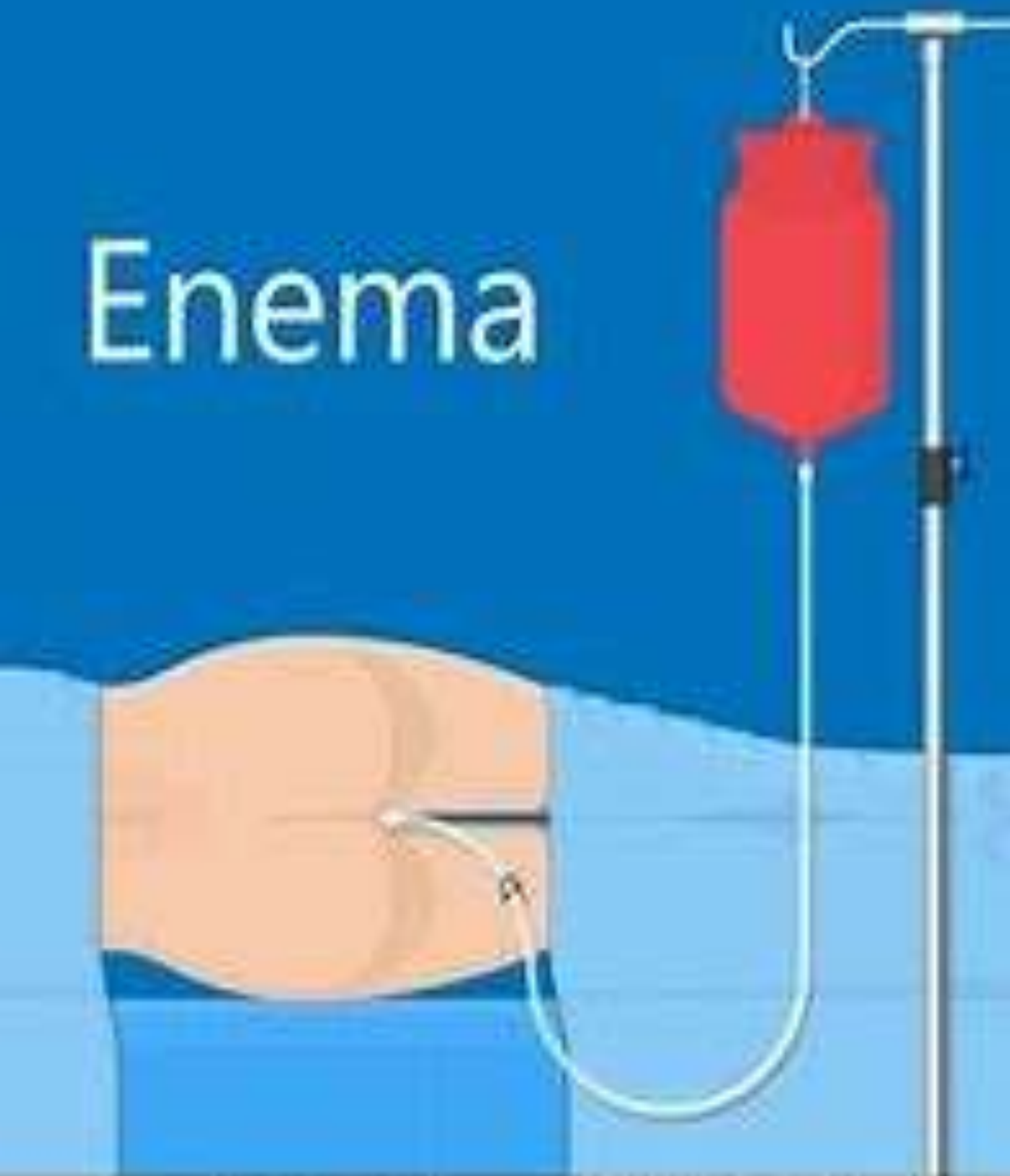
□ Lavar con nueva torunda la región del muslo distal, de adentro hacia fuera con

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.

ENEMAS

Enema



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:

- A. Favorecer la eliminación de gases y materia fecal.
- B. Favorecer la limpieza del intestino.
- C. Desintoxicar el organismo.
- D. Disminuir la distensión abdominal.
- E. Complementar tratamientos.
- F. Suministrar tratamientos o medios de diagnóstico.

Procedimiento :

- 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 cárpula 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

CONCLUSIÓN

La enfermería es una de las profesiones más nobles, por eso es considerada la “ Ciencia Del Cuidado”, entonces cuidar es una ciencia y tienes que saber cuidar de manera correcta.

Este manual cumple el propósito de ayudarte en tu proceso de aprendizaje y enseñarte algunos de los cuidados básicos que debes darle a tu paciente, los pacientes son nuestro objetivo aquí y tenemos que brindarles la mejor de las atenciones y sobre todo hacerlo de manera correcta, ya que , además de ser cuidado la enfermería es también bondad, solidaridad y amor hacia los demás seres humanos. Este manual esta hecho para que puedas cuidar a tus pacientes de la mejor manera posible.

BIBLIOGRAFÍA

Antología UDS, Fundamentos De Enfermería, Tercer Cuatrimestre :
<https://plataformaeducativauds.com.mx/alMiParcial.php?tok=157227902330>
[501](#)

Susana Rosales Barrera Y Eve Reyes Gómez. (s.f.). *Fundamentos De Enfermería*. México, D.F: El Manual Moderno.