



Mi Universidad

Manual de Procedimientos

Nombre del Alumno: María Guadalupe Muñoz Rodríguez

Nombre del tema: Unidad IV Valoración De La Salud

Parcial: 2

Nombre de la Materia: Fundamentos de Enfermería III

Nombre del profesor: Lic. Selene Ramírez Reyes

Nombre de la Licenciatura: Lic. Enfermería

Cuatrimestre: 3ro

INTRODUCCIÓN

El presente “Manual de Procedimientos de Enfermería” describe ampliamente los pasos en las diferentes actividades y tareas de acuerdo al proceso sustantivo en Enfermería.

El manual de procedimientos de Enfermería se concibe como el instrumento que establece los mecanismos esenciales para el desempeño operativo y de cuidado directo de las áreas de atención de enfermería en el I, II y III nivel. Proporciona información básica para orientar al personal respecto a la dinámica funcional de enfermería.

Las técnicas básicas de la enfermería son aquellos procedimientos o cuidados esenciales que realizan los profesionales de esta especialidad para asegurar que los pacientes superen una enfermedad.

Además, estos cuidados permiten que los pacientes disfruten del mayor grado de bienestar y comodidad posibles durante su estancia en el centro de salud, clínica u hospital.

Las técnicas y procedimientos en el cuidado de enfermería, constituyen en la atención moderna de la salud, un eje fundamental que integra el sistema de formación específica de enfermería, cuyo objetivo es el cuidado al agente (paciente) y su entorno para que alcancen los resultados de salud esperados. Es así, que el proceso del cuidado de enfermería, pretende dar solución a problemas de salud mediante las técnicas y procedimientos las cuales representan la dinámica mediante la cual se establece la interacción enfermera-paciente para mejorar o mantener su estado de salud.

INDICE

Introducción.....	2
Técnicas Especiales De Enfermería.....	4
Administración de medicamentos por vía oral.....	5
Administración de medicamentos por vía intradérmica.....	8
Administración de medicamentos por vía subcutánea.....	13
Administración de medicamentos por vía intramuscular.....	16
Administración de medicamentos por vía intravenosa.....	18
Valoración de la salud en el adulto.....	20
Tipos de baños en el paciente.....	23
Baño en ducha.....	24
Baño en tina.....	26
Baño de esponja.....	28
Baño en cama.....	32
Succión gástrica.....	35
Lavado genital.....	38
Enemas.....	42
Conclusión.....	46
Bibliografía.....	47

TÉCNICAS ESPECIALES DE ENFERMERIA



Las técnicas de enfermería son prácticas asistenciales y sanitarias de enfermería que se hacen en los pacientes. Abarcan un amplio espectro de actividades, prácticamente influyen en casi todos los niveles del sistema sanitario.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ORAL



Concepto:

Procedimiento que permite el paso de medicamentos a la circulación sistémica a través de la boca.

Objetivos:

- Lograr un efecto en el organismo mediante el poder de absorción del tracto digestivo.
- Para diagnosticar un padecimiento; o sea la diversidad de un medicamento nos puede dar un diagnóstico, ejemplo: el BARIO es un medio de contraste en el estómago que sirve para observar la presencia de alguna ulceración.
- Hay otros que sirven para investigar cual es la causa del padecimiento.
- Para tratar algún padecimiento. A través de medicamentos se cura, se diagnostica o se evitan padecimientos.

Principio:

Una adecuada administración de medicamentos por la vía oral permitirá al paciente mantener y/o restablecer su estado de salud.

Equipo y material:

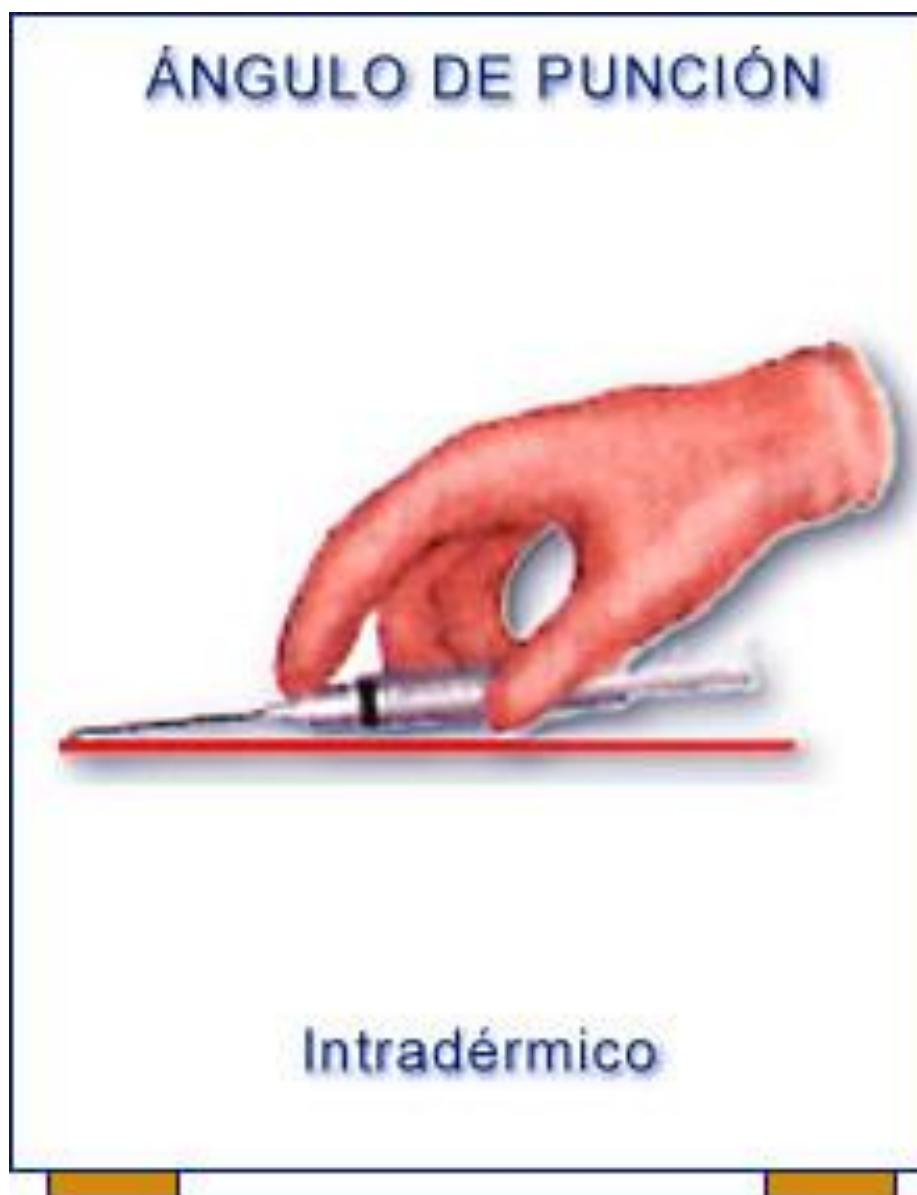
Charola con:

- Vasos graduados de cristal.
- Gotero.
- Mortero.
- Medicamento indicado.
- Jeringa.
- Jarra con agua.
- Pluma.
- Hoja de registro.

Tabla 2 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Lavarse las manos	Evita infecciones cruzadas
Preparar el equipo	Ahorra tiempo y energía
Preparar el medicamento. Leer el nombre del medicamento y tomarlo del botiquín. Ratificar el nombre del medicamento con la prescripción. Si es líquido, agite el frasco. Si es tableta o cápsula, colóquela en un vaso graduado sin tocar el medicamento	Evita contaminación de medicamento
Ratificar nuevamente el nombre del medicamento al regresar al botiquín Colocar el vaso en el carro o charola de medicamentos con la prescripción correspondiente. Trasladar el equipo a la unidad del agente. Identificar al agente	La correcta identificación evita errores en la medicación y en el usuario
Explicar al agente que va a tomar sus medicamentos y proceder con la preparación física del agente. Darle la posición adecuada	Una explicación amplia disminuye los temores y ansiedad al usuario permitiéndole mayor cooperación durante este procedimiento
Ministrar el medicamento y permanecer al lado del agente cerciorándose de que lo degluta si es vía oral. Si es sublingual, el medicamento se coloca debajo de la lengua hasta que se disuelve Dejar cómodo y limpio al agente y retirar el equipo y darle los cuidados posteriores a su uso	Existen medicamentos que se colocan debajo de la lengua debido a su rápida absorción
Hacer anotaciones en la hoja de enfermería: Fecha y hora. Nombre del medicamento. Dosis y vía de administración. Reacciones del agente	Proporciona información escrita al equipo multidisciplinario sobre el procedimiento realizado

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRADÉRMICA



Concepto:

Consiste en la introducción de una cantidad pequeña de solución medicamentosa en la dermis, estos fármacos se caracterizan por una potente acción que pueden provocar reacciones anafilácticas, de ahí la necesidad de inyectar en la dermis donde el riego sanguíneo es reducido y la absorción del medicamento es lenta. El uso está particularmente indicado para pruebas cutáneas.

Justificación:

Este procedimiento tiene como finalidad estandarizar los criterios de actuación y reducir la variabilidad clínica con la incorporación de las mejores prácticas en la actividad asistencial diaria de los profesionales, en la administración de fármacos por vía intradérmica.

Material:

- Solución hidroalcohólica o jabón antiséptico (grado A, nivel I).9-12.
- Batea.
- Antiséptico incoloro, (clorhexidina 2% o alcohol al 70%). En pacientes pediátricos la solución de clorhexidina será al 0,5-1% (grado A, nivel I) 9-11. Fármacos o sustancias que se deben administrar.
- Jeringuilla de 1 ml graduada en centésimas.
- Aguja de 25G-27G de 9.5-16 mm con bisel corto7,13.
- Aguja para cargar medicación (nivel IV).
- Gasas estériles.
- Contenedor de objetos punzantes.
- Rotulador indeleble (si es necesario).

Desarrollo Del Procedimiento:

1. Comprobar la identidad del paciente, según el procedimiento de aplicación en el Servicio Gallego de Salud.
2. Respetar la intimidad del enfermo y guardar confidencialidad de sus datos.
3. Informar al paciente y/o al cuidador principal del procedimiento que se le va a realizar y solicitar su colaboración, a ser posible, resaltar su utilidad, usar un lenguaje comprensible y resolver sus dudas y temores. En el caso de pacientes pediátricos explicarles el procedimiento a los padres (grado B).
4. Solicitar su consentimiento de forma verbal, siempre que sea posible.
5. Identificar a los profesionales sanitarios que van a intervenir en el procedimiento.
6. Siguiendo los cinco principios de administración de la medicación, verificar: fármaco, dosis, vía, hora y paciente correctos. Asegurarse de que no existe contraindicación o alergia al fármaco.
7. Comprobar la prescripción con la etiqueta del fármaco y que ambas están claramente escritas. Comprobar, además, la fecha de caducidad y su adecuada conservación, fecha de apertura, la integridad de este y la ausencia de partículas en suspensión (grado B).
8. Preparar la medicación para su administración de forma individualizada, y el que la prepare será el encargado de administrarla, exceptuando los casos de elaboración o mezcla por parte del servicio de farmacia.
9. Desinfectar las manos con solución hidroalcohólica (grado A, nivel I) o lavado higiénico de manos^{10,13}
10. Desinfectar el tapón de la vía en el caso de vía multiusos, con alcohol a 70^o, y dejar secar (comprobar previamente la fecha de apertura de la vía) (grado A, nivel I).
11. Cargar la dosis prescrita, para evitar el posible reflujo, a la hora de cargar la sustancia en la jeringuilla. Podemos añadir 0,1 ml de aire y asegurarnos de que este queda posterior al líquido que se va a administrar. Así, a la hora de realizar la inyección, el aire forma una burbuja-tapón que impide que salga la sustancia⁷.
12. Deshechar la aguja utilizada para la carga en el contenedor de objetos punzantes.
13. Colocar aguja de 25 G-27 G para la administración del fármaco^{5,6,12,14}.
14. Colocar al paciente en posición cómoda y seleccionar la zona de inyección.

15. Limpiar y desinfectar la piel con un antiséptico incoloro (clorhexidina al 2% o alcohol al 70%), a continuación, dejar secar⁵ (grado A, nivel I).
16. Tensar la piel con la mano no dominante, con los dedos pulgar y índice, (nivel IV).
17. Insertar la aguja con el bisel hacia arriba, formando un ángulo de 15-20° con la superficie de la piel. Avanzar despacio y paralelamente a la piel, de manera que a través de la piel podamos ver el bisel (si no es así, es que traspasamos la piel y estamos ya en la zona subcutánea). No hay que introducir toda la aguja, sino solo el bisel y algunos milímetros más, introduciendo el bisel unos milímetros más^{6,13,15}.
18. Aspirar muy suavemente (con el fin de no romper la piel) para ver si pinchamos un vaso sanguíneo. En caso afirmativo, extraeremos la aguja y pincharemos en otro sitio.
19. Inyectar la medicación lenta y cuidadosamente, hasta formar una pápula, blanquecina que asegura que se inyectó de manera correcta el fármaco entre las dos capas de la piel, la epidermis y la dermis ^{6,12,14}.
20. Después de esperar unos segundos retirar la aguja con el mismo ángulo de inserción⁷.
21. No comprimir, ni frotar la zona (nivel IV) ^{6,12,14}.
22. Se puede dejar una gasa en el sitio de punción (que no en la pápula), por sí refluye algo de líquido.
23. Eliminar el material punzante en el contenedor de objetos punzantes.
24. Acomodar al paciente.
25. Lavar las manos o utilizar solución hidroalcohólica (grado A, nivel I).¹²⁻¹⁵

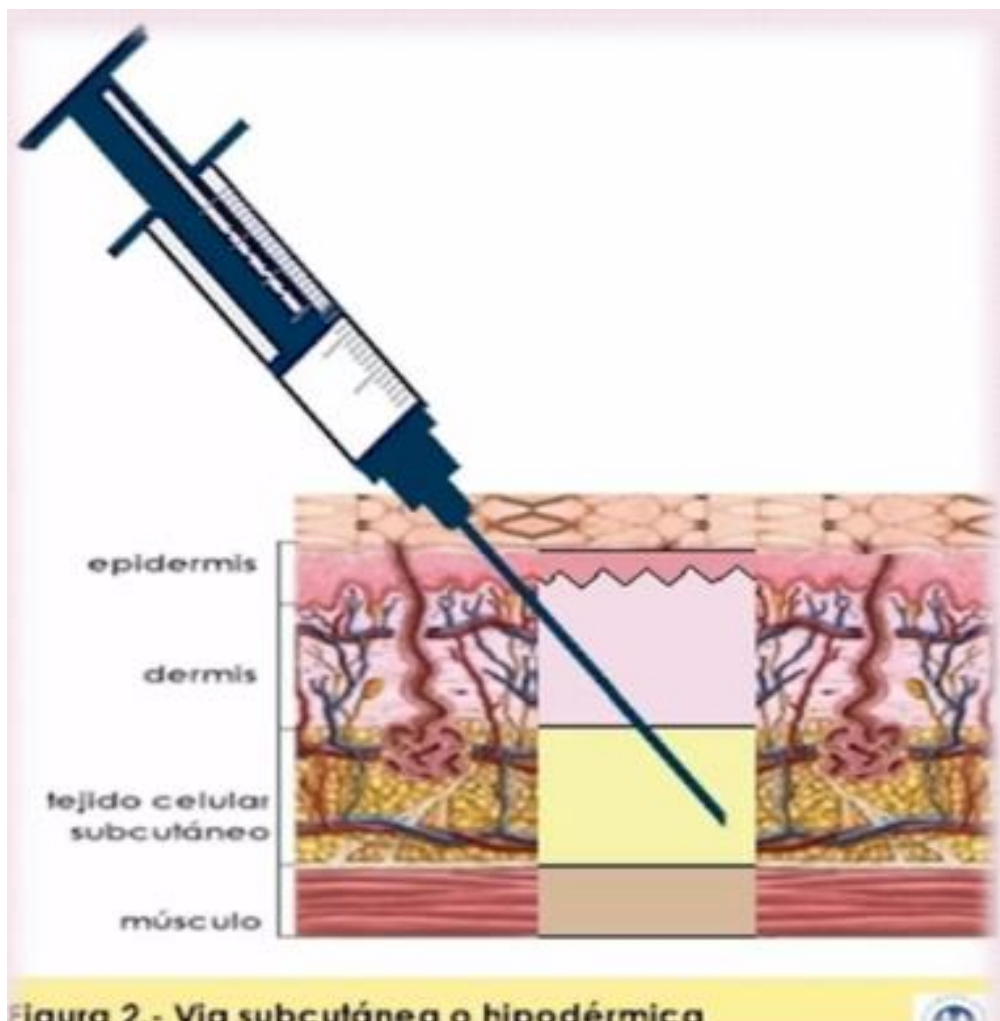
14

Observaciones:

En caso de que no se formase la pápula al inyectar la medicación, es que se realizó la punción muy profunda, valorar repetir la prueba (nivel IV). - En el caso de repetir la prueba, el nuevo lugar de inyección debe situarse al menos a 5 centímetros del primero. - Si la inyección intradérmica es para el test de tuberculina (Mantoux) o para pruebas de alergia, rodear la zona de inyección con un rotulador imborrable trazando un círculo de entre 2 y 4 centímetros de diámetro, se debe tener precaución de no frotar ni lavar la zona de inyección, incluyendo el círculo pintado. No cubrir la zona con ningún material (apósito, gasas, pegatinas...). - La dosis de medicación por vía intradérmica suele ser entre 0,1 y 0,3 ml. - La zona de inyección más frecuente

es la cara anterior del antebrazo, cuatro dedos por encima de la flexura del pulso y dos dedos por debajo de la flexura del codo; también se pueden utilizar otras zonas como la parte anterior y superior del tórax, por debajo de las clavículas y la parte superior de la espalda, a la altura de las escápulas. - Deben evitarse las zonas con manchas, lesiones, pelo o tatuajes (nivel IV). - Es importante tener conocimiento de la técnica de inyección y de los fármacos que se administran (grado B). - Vigilar al paciente para detectar precozmente efectos adversos producidos por los fármacos administrados. - Una técnica incorrecta puede dar lugar a úlceras locales, abscesos o queloides (nivel IV). - Preparar el carro de reanimación por si el enfermo fuera alérgico al antígeno inyectado, en el caso de pruebas de sensibilidad. - En el caso de utilizar viales multidosis, rotular y comprobar siempre la fecha de apertura en el vial.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA SUBCUTÁNEA



Concepto:

Procedimiento por el cual se introduce una sustancia inyectable en el tejido subcutáneo.

Objetivo:

Introducir medicamentos que requieren de absorción lenta por vía parenteral.

Principio: El tejido subcutáneo es areolar con un mínimo de receptores del dolor y tejido graso que permite una absorción lenta.

Material y equipo:

- Carola con equipo básico.
- Jeringa con escala en unidades internacionales y agujas hipodérmicas de calibre 26-27, con bisel corto y longitud de 1 a 2.5 cm. Según el tejido adiposo existente.
- Torundas alcoholadas.
- Bolsas para basura.
- Contenedor regido para punzocortantes.
- Hoja de registros clínicos, esquema terapéutico e intervenciones de enfermería.

Técnica:

- Lavarse las manos.
- Preparar y trasladar el medicamento en la charola a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Identificar al derechohabiente o usuario.
- Explicar el procedimiento a realizar al derechohabiente o usuario.
- Elegir y describir la región: cara externa del brazo, cara anterior del muslo.
- Colocar al derechohabiente o usuario en decúbito dorsal o sedente, de acuerdo al sitio de punción.
- Efectuar la asepsia de la región.
- Fijar la piel del derechohabiente o usuario con los dedos índice y pulgar.

- Introducir la aguja con el bisel hacia arriba, formando entre la piel y la jeringa un Angulo aproximado de 15 grados.
- Aspirar con la jeringa, para verificar que haya sangre, e inyectar el medicamento lentamente.
- Retirar la aguja y coloca una torunda alcoholada en el sitio de la punción.
- Retirar el equipo y dar los cuidados posteriores a su uso.
- Realizar las anotaciones correspondientes en la hoja de registros clínicos esquema terapéutico e intervenciones de enfermería.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA INTRAMUSCULAR

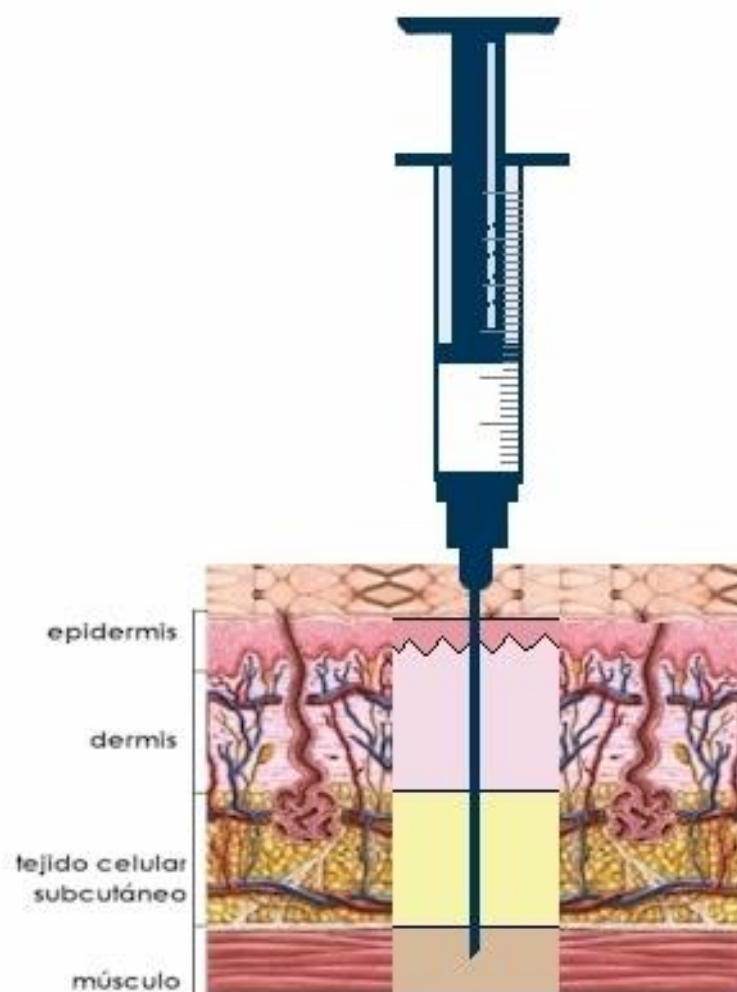


Figura 3.- Vía intramuscular



Sub competencia:

Administra medicación por vía intramuscular con seguridad y de manera inmediata para mejorar el estado de salud del agente.

Concepto:

Es la administración de medicamentos introducidos por vía parenteral, depositados en el músculo para que de manera fisiológica se absorban por medio de sus capilares sanguíneos.

Objetivo: Proporcionar la farmacología de una manera mediata al agente.

Principio: la correcta administración de fármacos al agente minimiza errores y potencializa la recuperación de su estado de salud.

Material y equipo:

- Mesa Pasteur o de trabajo.
- Torundas con solución antiséptica.
- Frascos o ampollitas de medicamentos.
- Charola.
- Jeringas y agujas hipodérmicas en número suficiente.
- Recipiente de R.P.B.I.

Tabla 6 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Lavarse las manos antes de preparar el medicamento y antes de atender al agente	Reduce la transmisión de microorganismos
Aplicar regla de oro	Previene los errores durante la preparación de la medicación
Colocar en la charola el frasco o ampollita, junto con la jeringa, aguja y hoja de enfermería. Lleve el quipo a la unidad del agente	La organización del material ahorra tiempo y reduce las posibilidades de error
Prepare física y psicológicamente al agente	La comunidad efectiva influye en la participación del individuo en su atención
Diluya el medicamento y tome con la jeringa la cantidad que se va a aplicar	Asegura que la medicación es estéril y que la dosis es exacta
Coloque al agente en decúbito ventral o posición de Sims	La posición disminuye el estiramiento muscular y minimiza las molestias durante la inyección
Desinfecte el área en forma circular	La acción mecánica del algodón elimina las secreciones que contienen microorganismos
Con los dedos pulgar e índice forme un pliegue con el músculo e introduzca la aguja en un sólo golpe. Suelte el pliegue suavemente	La inyección en las zonas de punción adecuada evita la lesión de nervios, huesos y vasos sanguíneos
La posición de la aguja debe formar un ángulo de 90 grados en relación al cuerpo del agente	Asegura que la medicación alcanza la masa muscular
Aspire cuidadosamente, si hay salida de sangre retire un poco la aguja o introdúzcala un poco más, si persiste el sangrado retire la aguja y puncione en otro sitio	La aspiración de sangre hacia el interior de la jeringa indica que la aguja se encuentra en una vena
Introduzca el medicamento en forma lenta	La inyección lenta disminuye el dolor y el traumatismo de los tejidos

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRAVENOSA



ADAM

Administración de medicamentos
por vía intravenosa

Sub competencia:

Realiza actividades de enfermería para administrar medicamentos con seguridad y proporciona cuidado terapéutico.

Concepto: Administración de medicamentos líquidos directamente en una vena a través de una aguja o catéter permitiendo su absorción directamente en el torrente sanguíneo.

Objetivo: Proporcionar de una manera inmediata la farmacología en el agente.

Principios: Una correcta administración de la medicación intravenosa favorecerá el mantenimiento y/o recuperación de la salud del agente.

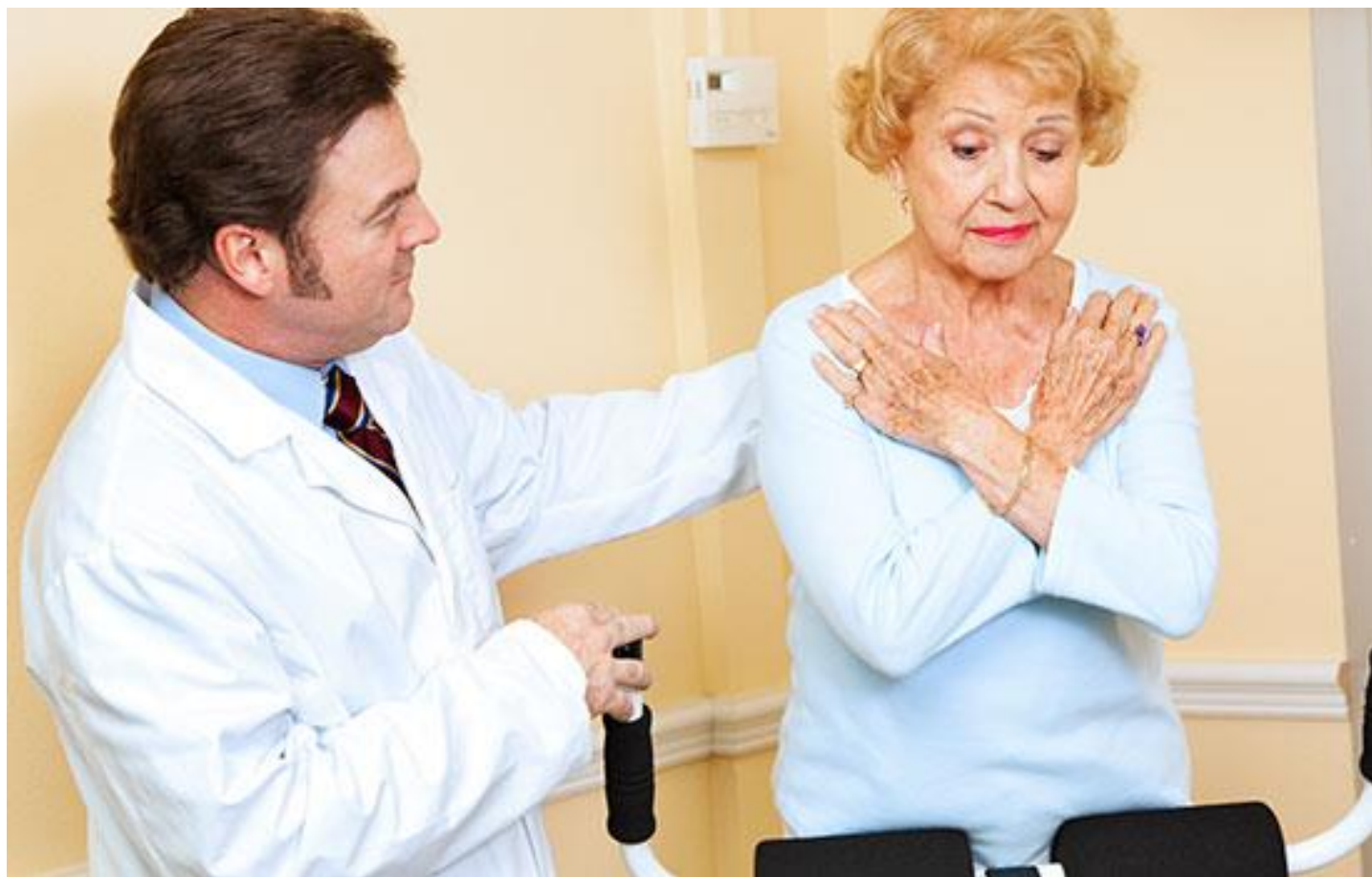
Material y equipo:

- Mesa Pasteur o de trabajo.
- Torundas con solución antiséptica.
- Frascos o ampollitas de medicamentos.
- Charola.
- Jeringas y agujas hipodérmicas en número suficiente.
- Recipiente de R.P.B.I.

Tabla 7 Procedimiento

Descripción del Procedimiento	Fundamento
Lavarse las manos antes de preparar el medicamento y antes de atender al agente	Reduce la transmisión de microorganismos
Aplicar la regla de oro	Previene los errores durante la preparación de la medicación
Colocar en la charola el frasco o ampolleta, junto con la jeringa, aguja y hoja de enfermería. Lleve el equipo a la unidad del agente	La organización del material ahorra tiempo y reduce las posibilidades de error
Prepare física y psicológicamente al agente	La comunidad efectiva influye en la participación del individuo en su atención
Diluya el medicamento y tome con la jeringa la cantidad que se va a aplicar	Permite una distribución homogénea de la medicación
Cierre la llave del equipo para evitar el paso de líquidos	Evita que el medicamento suba a la cámara del equipo
Cerciórese de sacar el aire de la jeringa	Evita flebitis
Aplique el medicamento en el dispositivo en Y aseándolo cuidadosamente con solución antiséptica	Reduce la transmisión de microorganismos
Recoja el material utilizado	La organización del material ahorra tiempo y reduce las posibilidades de error
Haga las anotaciones correspondientes en la hoja de enfermería	El registro horario evita errores futuros en la administración de los fármacos

VALORACIÓN DE LA SALUD EN EL ADULTO



Concepto:

la valoración geriátrica integral (VGI) es un proceso diagnóstico dinámico y estructurado que permite detectar y cuantificar problemas, necesidades y capacidades en el adulto mayor para identificar la necesidad de cuidados o tratamientos con el objetivo de mejorar su estado de salud.

Debemos reforzar 4 pilares para mantener una buena salud, mejorar la calidad de vida y permitir que los adultos mayores conserven sus actividades básicas de la vida diaria como (bañarse, vestirse, alimentación, movilidad, higiene personal, control de micción, etc.), actividades instrumentales (comunicación adecuada, preparar sus alimentos, horario de toma de medicamentos, manejo de dinero, teléfono, transporte, cuidado de la ropa, manejo del hogar, cuidado de terceras personas, etc.)

1. Control de enfermedades y manejo de medicamentos:

- Evitar la polifarmacia.
- Evitar la automedicación.
- Control frecuente de enfermedades crónicas (diabetes, problemas de colesterol, anemia, demencias, etc.).
-

2. Nutrición

- Alimentación adecuada de acuerdo a sus enfermedades.
- Bajar de peso sin intención es un signo de alarma.
- Consumir alimentos ricos en proteínas que ayudan al sistema inmunológico.
- Identificar el momento adecuado de utilizar un complemento nutricional.

3. Apoyo Emocional y cognitivo:

- Ante un evento estresante como duelo, ansiedad o depresión puede ser necesario el apoyo psicológico.

- La estimulación de la memoria, la atención y otras funciones mentales es importante para los pacientes que sufren de enfermedades que alteran dichas funciones (demencias).
- El entrenamiento cognitivo es útil para adultos mayores que desean continuar manteniendo muy activas sus funciones cognitivas (memoria).
- Asesoramiento a la familia para afrontar las enfermedades que pueden discapacitar a los adultos mayores.

4. Ejercicio:

- Muchos adultos mayores han perdido fuerza y tienen menor movilidad.
- Se debe hacer ejercicio de acuerdo a las características de cada persona, siempre teniendo en cuenta sus patologías para así evitar lesiones.
- Se debe realizar ejercicios de equilibrio y ejercicios para mejorar la fuerza muscular. Si es guiado por personal capacitado como terapeuta físico se obtienen mejores resultados.

TIPOS DE BAÑOS EN EL PACIENTE



BAÑO EN DUCHA



Definición. - Es el baño que se realiza en la ducha cuando la condición del paciente lo permite.

Objetivo. -

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.

Precauciones. -

No permitir que el paciente ponga seguro en la puerta del baño.

Nunca deje solo al paciente.

Técnica. -

Prepare el baño con todo lo necesario al alcance del paciente.

Ayude al paciente a ir al baño.

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.

Ayúdale 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.

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.

BAÑO DE TINA



Definición. - Baño de tina: 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.

Materiales. -

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

Procedimiento. -

- 1.- Realiza lavado de manos y explica al paciente el procedimiento de acuerdo a su edad.
- 2.- Traslada el equipo al cuarto de baño y lava la tina con solución antiséptica.
- 3.- Llena la tercera parte de la tina con agua a temperatura corporal y cubre con un lienzo la base de la tina.
- 4.- Traslada al paciente al cuarto de baño.
- 5.- Humedece la esponja o toalla con agua tibia, limpia ojos, frente, mejillas y mentón.
- 6.- Lava la cabeza con jabón o Shampoo y la seca al terminar.
- 7.- Retira la ropa del paciente e introduce al paciente en la tina.
- 8.- 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.
- 9.- 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.
- 10.- Lava la tina y da los cuidados correspondientes al equipo, dejándolo en el lugar correspondiente.

BAÑO DE ESPONJA



Concepto. –

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. –

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

Principios. –

El calor del cuerpo se pierde por convección o corrientes de aire.
La tolerancia al calor es diferente en las personas.
Las pasadas suaves, largas y ascendientes por los brazos y piernas aumentan el flujo venoso.
Compuestos químicos de algunos jabones irritan la piel y en particular los ojos.

Precauciones. –

Programar el baño de manera que no se interponga con las Actividades hospitalarias, por ejemplo: obtención de muestras de laboratorio, radiografías, consultas y los alimentos.
Verificar la temperatura del agua.
No dejar mucho tiempo el jabón sobre la piel.
No interrumpir el baño para proveerse material.
Cambiar de agua cuantas veces sea necesario.

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 a la 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.

BAÑO EN CAMA



Definición. –

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 usuario.
Estimular la circulación de todo el cuerpo
Enseñar hábitos higiénicos al usuario
Evitar infecciones
Observar su estado de salud
Proporcionar bienestar
Disminuir la temperatura en caso de hipertemia
Prevenir la temperatura en caso de hipertemia
Prevenir las úlceras por presión.

Consideraciones generales:

Revisar el tipo de baño, la capacidad del cliente para participar y cualquier medida de seguridad que sea necesaria.
Controlar signos vitales para evaluar la condición del paciente.
Revisar las prescripciones médicas para ver si no hay alguna contraindicación para la movilización del paciente.
Suspender el baño si el paciente presenta alteraciones e informar lo observado.
Descubrir al paciente lo menos posible para evitar enfriamiento.

Equipo:

Dos toallas pequeñas
Dos toallas grandes.
Jabon con jabonera
Articulos 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.

Videt, pato.

Impermeable.

Gasa esteril 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 cuidando con la toalla grande.

Retirar la almohada, situarse a un lado de la persona cuidada.

Quitar el camisón o pijama manteniéndola 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.

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, jabonado, 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.

SUCCIÓN GÁSTRICA



Concepto:

Es un procedimiento habitual en los cuidados de enfermería y utilizado durante décadas con el fin principal de evacuar sustancias tóxicas del estómago. Su uso es más frecuente en los servicios de urgencias de los hospitales, donde las intoxicaciones agudas pueden llegar a representar entre el 0,5%-2% de los motivos de asistencia. En la actualidad han variado los criterios para realizar este procedimiento y se desaconseja emplearlo de forma rutinaria.

Forma en que se realiza el examen:

Se introduce una sonda a través de su nariz o la boca, bajando por el esófago hasta el estómago. Su garganta puede adormecerse con medicamentos para reducir la irritación y el reflejo nauseoso causado por la sonda.

Los contenidos estomacales se pueden extraer utilizando la succión de inmediato o después de irrigar con agua a través de la sonda.

Preparación para el examen:

En una emergencia, como cuando una persona ha tomado veneno o está vomitando sangre, no se requiere ninguna preparación para la succión gástrica.

Si la succión gástrica se está realizando para exámenes, su proveedor de atención médica tal vez le solicite no comer desde la noche anterior o dejar de tomar ciertos medicamentos.

Lo que se siente durante el examen

Se puede experimentar una sensación de náuseas a medida que se va introduciendo la sonda.

Razones por las que se realiza el examen

Este examen se puede realizar para:

- Extraer del estómago venenos, materiales tóxicos o medicamentos en exceso
- Limpiar el estómago antes de llevar a cabo una endoscopia de vías digestivas altas (esofagogastroduodenoscopia - EGD) si usted ha estado vomitando sangre
- Recoger ácidos estomacales

- Aliviar la presión si usted tiene obstrucción en los intestinos

Riesgos

Los riesgos pueden incluir:

- Inhalar contenidos del estómago (esto se denomina aspiración)
- Agujero (perforación) en el esófago
- Colocación de la sonda dentro de la vía respiratoria (tráquea) en lugar del esófago
- Sangrado leve

Nombre(s) alternativo(s):

Lavado gástrico; Bombeo del estómago; Succión con sonda nasogástrica;
Obstrucción intestinal - succión

HIGIENE DE GENITALES



OBJETIVO:

Mantener limpios los genitales disminuyendo la flora microbiana existente para prevenir infecciones y brindar confort.

ALCANCE:

Este procedimiento se aplica en todos los pacientes que lo requieran.

RESPONSABILIDAD:

La responsabilidad de la realización es del Auxiliar de Enfermería. La Supervisión del Licenciado en Enfermería.

DEFINICIONES, SIGLAS Y ABREVIATURAS No aplica a este procedimiento.

Recursos Materiales:

1 mesa auxiliar
1 chata
1 jarra con agua tibia
Jabón neutro
1 toalla pequeña
Guantes de higiene
Paño higiénico o esponja
2 torundas grandes de algodón
Lubricante de piel si está indicado
Bombo
Papel higiénico
Recipiente para residuos con bolsa negra
Recipiente para residuos con bolsa roja

DESCRIPCIÓN:

Descripción de la técnica 7.1.1.- Realizar higiene de manos según PR-ENF-T001 o T002.

7.1.2.- Identificar al paciente según PROT-ENF004.

7.1.3.- Presentarse con nombre, apellido, cargo e informar sobre el procedimiento (si está lúcido). 7.1.4.- Preparar el material, trasladar a la unidad del paciente y colocar en mesa auxiliar.

7.1.5.- Preservar la intimidad

- 7.1.6.- Colocar biombo si está en habitación compartida.
- 7.1.7.- Mantener temperatura de la habitación adecuada y evitar corrientes de aire.
- 7.1.8.- Colocarse los guantes.
- 7.1.9.- Colocar al paciente en decúbito supino con las rodillas flexionadas y separadas.
- 7.1.10.- Realizar técnica de cama partida según PR-ENF-T012.
- 7.1.11.- Retirar pañal si lo tuviera.
- 7.1.12.- Colocar chata según PR-ENF-T020.
- 7.1.13.- Colocar torundas de algodón en ambas ingles.
- 7.1.14.- Observar zona, valorar presencia de secreciones y lesiones.
- 7.1.15.- Si hay presencia de materias fecales retirar con papel higiénico y colocar en recipiente con bolsa roja.

Técnica en paciente sexo femenino:

- a. Verter agua con la jarra en forma de arrastre.
- b. Tomar el paño de higiene o esponja y verter 3 cc. de jabón neutro.
- c. Separar los labios mayores con una mano y con la otra lavar los pliegues entre los labios mayores y menores, limpiar de adelante hacia atrás.
- d. Limpiar zona rectal desde la vagina al ano, en un solo movimiento.
- e. Enjuagar con agua desde el pubis hacia el ano. Secar en el mismo sentido.

Técnica en paciente masculino:

- a. Verter agua sobre los genitales.
 - b. Tomar paño de higiene o esponja y verter 3 cc. de jabón neutro.
 - c. Lavar parte superior interna de los muslos.
 - d. Retraer el prepucio del pene y lavar el glande. Enjuagar y no secar.
 - e. Volver el prepucio a su posición para evitar edema y lesiones.
 - f. Limpiar parte superior y escroto.
 - g. Limpiar parte inferior del escroto y región anal.
 - h. Enjuagar y secar zona desde el pubis hacia región anal.
- 7.1.16.- Retirar chata según PR-ENF-T020.
 - 7.1.17.- Cambiar ropa de cama según PR-ENF-T010 si es necesario.
 - 7.1.18.- Si hay zonas de piel erosionadas, aplicar lubricante o tratamiento indicado.
 - 7.1.19.- Dejar al paciente en posición cómoda.
 - 7.1.20.- Retirar el material y descartar las torundas en recipiente con bolsa roja.

7.1.21.- Retirarse los guantes según INST-ENFO05 y descartar en recipiente con bolsa roja.

7.1.22.- Realizar higiene de manos según PR-ENF-T001 o T002.

7.1.- Puntualizaciones

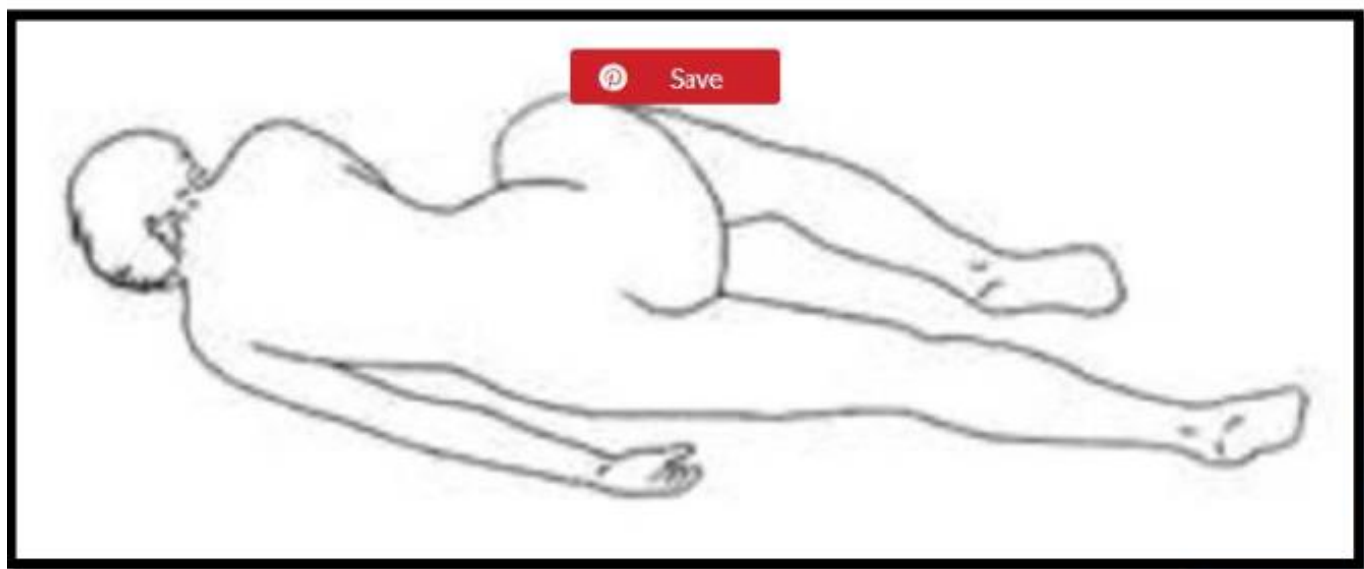
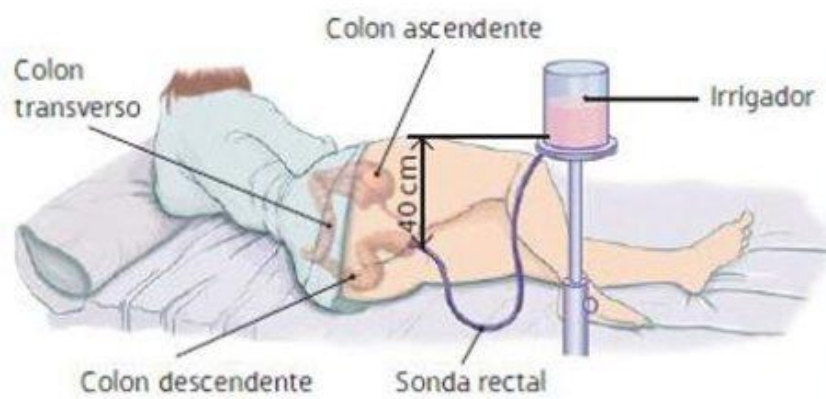
7.2.1.- Si el paciente tiene colocado catéter vesical, realizar higiene de sonda.

7.2.2.- Si se observa la piel del periné irritada, no aplicar jabón.

8. REGISTRO:

Registrar en Historia Clínica: fecha, hora, hallazgos, nombre, apellido, firma y nº de reloj del operador.

ENEMA



Definición:

Es la introducción de sustancias en el colon a través del recto con la finalidad de eliminar la materia fecal.

Objetivo:

Lograr, por medio de las sustancias que se introducen, y promover la defecación, pasar medio de contraste y como tratamiento o limpieza de la porción terminal del colon.

Indicaciones:

Lograr, por medio de la sustancia que se introducen, y promover la defecación, pasar medio de contraste y como tratamiento o limpieza de la porción terminal del colon.

Equipos y materiales:

Sistema irrigador y/o bolsa para enema desechable.

La bolsa desechable es más apropiada por ser practica en su uso.

Sonda rectal pre lubricada.

Solución para administrar

Guantes desechables.

Lubricante hidrosoluble

Soporte para la solución (Pentapie).

Cómodo (papel higiénico)

Pinzas de camp en caso necesario

Bolsa para desechos.

Descripción y procedimiento:

Acciones	Fundamento
Verificar la indicación médica en el expediente clínico.	Para evitar errores
Verificar la identificación del paciente. Llamarle por su nombre.	Previene errores
Trasladar el equipo y materiales a la unidad del paciente.	La disposición del equipo en orden secuencial, facilita la ejecución y ahorra tiempo
Lavarse las manos	Evita infecciones cruzadas
Explicar al paciente en que consiste la realización del procedimiento, respetando al máximo su intimidad. Preparar y tener dispuesto el material.	La educación proporciona seguridad disminuye temor y ansiedad.
Conectar la sonda al extremo del tubo transportador del irrigador o bolsa.	Evitar la mala praxis.
Colocar al paciente en posición de Sims. Decúbito lateral izquierdo con la extremidad inferior derecha flexionada, si no está contraindicado. Descubrir solamente la región.	Ayuda en el procedimiento
Colocarse los guantes	Evitar infecciones cruzadas
Separar con una mano los glúteos para visualizar el orificio anal; con la otra mano introducir suavemente el extremo distal de la sonda rectal, unos 10 cm. Aproximadamente.	Seguir con el procedimiento
Despinzar el sistema y dejar pasar lentamente la solución al paciente, de tal manera que este tolere sin molestias. Terminar de administrar la cantidad de solución indicada. Pinzar el sistema y retirar suavemente la sonda, desecharla. Colocar al paciente en decúbito lateral derecho. Motivar al paciente para que tenga la solución de 5 a 10 minutos.	Evitar molestias en el procedimiento

Colocar el cómodo al paciente y /o ayudarlo a que evacue en el sanitario el enema y las heces	Evitar la mala praxis
Asear al paciente o proporcionar los medios (papel sanitario) para que el, si está en condiciones, se lo realice solo.	La posición nos ayuda en el procedimiento
Asear al paciente.	Brindarle comodidad y confort.
Registrar en el expediente clínico el procedimiento realizado, la cantidad de solución administrada y si se cumplió el objetivo para el cual fue administrada.	documentaciones

CONCLUSIÓN

Entre las enfermeras asistenciales está presente una ambigüedad conceptual en torno al significado de los cuidados de Enfermería. Reducir la práctica clínica y asistencial a la mera ejecución de técnicas y actividades conduce a una percepción distorsionada de los cuidados de Enfermería, en plena oposición a su naturaleza holista.

La naturaleza de los cuidados de Enfermería ha de estar presente en todas las acciones, actividades y técnicas que la enfermera dirige al paciente, como marca de identidad enfermera. Integrar tales actividades y técnicas como ente constitutivo de los cuidados de Enfermería precisa de la existencia de interrelación enfermera-paciente, la cual permite establecer e identificar las necesidades de los pacientes en todas sus dimensiones, con el fin de contribuir a satisfacerlas. El juicio clínico, lo posibilitan conocimientos procedentes de la ciencia biomédica y de las humanidades, que permita el pensamiento y criterio reflexivo. Finalmente, tales acciones y técnicas han de ser autonomía y competencia profesional de la enfermera.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Afrainin Syah. Nur. Hand Hygiene: Alcohol-Based Solutions. JBI Database of Evidence Summaries. 2009.
- 2.- Dougherty L. Delivery of intravenous therapy. *Nurs Stand.* 2002; 16(16): 45-52.
- 3.- Gillies D, O'Riordan L, Wallen M, Morrison A, Rankin K, Nagy S. Optimal timing for intravenous administration set replacement. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005; 4.
- 4.- Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Guía para la administración segura de medicamentos. Dirección de Enfermería. Unidad de Docencia e investigación. 200
- 5.- Holstege CP, Borek HA. Decontamination of the poisoned patient. In: Roberts JR, Custalow CB, Thomsen TW, eds. *Roberts and Hedges' Clinical Procedures in Emergency Medicine and Acute Care.* 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2019:chap 42.
- 6.- Meehan TJ. Care of the poisoned patient. In: Walls RM, ed. *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice.* 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2023:chap 135.
- 7.- Pasricha PJ. Gastrointestinal endoscopy. In: Goldman L, Schafer AI, eds. *Goldman-Cecil Medicine.* 26th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2020:chap 125.