

1RA.
EDICIÓN

GUARANDA
2022

GUÍA DE PROCEDIMIENTOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

Autores:

LIC. PATRICIA GUERRA NARANJO.

LIC. HUGO DAVID CURI CHILUIZA.

LIC. FÁTIMA JHOJANA COLES GAVILAN.



Indexado DOI: <https://doi.org/10.16921/Naciones.38>

ISBN: 978-9942-42-701-4

Con el AVAL



Comisión Médica Voluntaria
del Ecuador



1RA.
EDICIÓN

G U A R A N D A
2 0 2 2

Universidad Estatal de Bolívar
Facultad de Ciencias de la Salud
y del Ser Humano
Carrera de Enfermería

GUÍA DE PROCEDIMIENTOS **BÁSICOS DE ENFERMERÍA**



Autores:

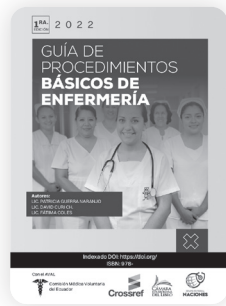
LIC. PATRICIA GUERRA NARANJO.

LIC. HUGO DAVID CURI CHILUIZA.

LIC. FÁTIMA JHOJANA COLES GAVILAN.



GRUPO EDITORIAL
NACIONES



GUÍA DE PROCEDIMIENTOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

Descriptores:

610.7 - Educación. investigación. enfermería. temas relacionados.
MQCA - Fundamentos y habilidades de la enfermería

Autores:

Clara Patricia Guerra Naranjo

<https://orcid.org/0000-0002-6477-1539>

Universidad Estatal de Bolívar

Hugo David Curi Chiluita

<https://orcid.org/0000-0002-3455-8139>

Hospital General Martin Icaza

Universidad Estatal de Bolívar

Fatima Jhojana Coles Gavilan

<https://orcid.org/0000-0003-3890-3048>

Consulting Group Quevedo

Validados por pares ciegos.

Editado: Grupo Editorial Naciones.

Cuenta con código DOI e indexación en Crossref.

<https://doi.org/10.16921/Naciones.38>

ISBN: 978-9942-42-701-4

Quedan rigurosamente prohibidas, bajo las sanciones en las leyes, la producción o almacenamiento total o parcial de la presente publicación, incluyendo el diseño de la portada, así como la transmisión de la misma por cualquiera de sus medios tanto si es electrónico, como químico, mecánico, óptico, de grabación o bien de fotocopia, sin la autorización de los titulares del copyright.

Guayaquil- Ecuador 2022

PRESENTACIÓN

La Enfermería es una de las profesiones más antiguas dentro del campo de la salud. Su esencia es cuidar y mantener la salud de personas, familia y comunidad, contribuyendo a satisfacer necesidades de atención y bienestar. La necesidad de sus servicios es universal, en su práctica es importante el respeto a la vida, dignidad y derechos del hombre. Sus profesionales deben poseer capacidad para contribuir con inteligencia, respeto y justicia a la atención de pacientes. La enfermera(o) asume responsabilidad de hacer el bien y proteger valores preciados: vida, salud y derechos de los pacientes. Es responsable de salvaguardar un medio sano: físico, social y emocional promoviendo calidad de vida. Este trabajo tuvo como objetivo contribuir a los valores profesionales fortaleciendo la Ética de la Enfermería, fundamentar los Principios Básicos en su perfil ético, identificar relación enfermera(o)-paciente como cuestión ética, precisar aspectos contenidos en el Código de Ética de la Enfermería y valorar papel del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como método ético-científico-profesional. Se concluyó que los aspectos éticos son de gran importancia para la profesión, es vital en atención directa a pacientes el cumplimiento de Principios Básicos como pilar esencial, las enfermeras(os) deben asumir función de defensores de los derechos de pacientes cumpliendo con aspectos éticos en el binomio enfermera(o) –paciente, al aplicar el Proceso se debe tener en cuenta su función de ayudar al paciente brindando información necesaria para toma de decisiones acorde a sus propios valores y posee una trascendental importancia que todas las enfermeras(os) conozcan y estudien el Código y funcionamiento de las Comisiones de Ética.

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar una conducta humanista, con responsabilidad social y profesional hacia el individuo, familia y comunidad en la práctica de acciones de salud referidas a la atención de enfermería, las mismas que están orientadas a la protección, recuperación y rehabilitación del paciente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Desarrollar correctamente cada técnica para evitar errores.

Obtener un mayor conocimiento de las normas asépticas y medidas de bioseguridad correspondientes para cada técnica proporcionando la protección tanto del usuario como de la enfermera/o.

Adquirir habilidades y destrezas durante la ejecución de la técnica para evitar errores

ÍNDICE

PRÁCTICA 1	1
TENDIDO DE CAMA ABIERTA	
PRÁCTICA 2	4
TENDIDO DE CAMA CERRADA	
PRÁCTICA 3	7
CAMA QUIRÚRGICA O DE ANESTESIA	
PRÁCTICA 4	11
BAÑO DE DUCHA	
PRÁCTICA 5	15
BAÑO DE ESPONJA	
PRÁCTICA 6	20
ASEO GENITAL	
PRÁCTICA 7	23
LAVADO DE CABELLO	
PRÁCTICA 8	27
LIMPIEZA DIARIA EN EL ÁREA DEL PACIENTE ENCAMADO	
PRÁCTICA 9	30
LIMPIEZA TERMINAL EN EL ÁREA DEL PACIENTE	
PRÁCTICA 10	33
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO VÍA ORAL	

PRÁCTICA 11	38
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO VÍA INTRADÉRMICA	
PRÁCTICA 12	42
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO VIA INTRAVENOSA	
PRÁCTICA 13	46
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO VÍA SUBCUTANEA	
PRÁCTICA 14	49
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO VÍA INTRAMUSCULAR	
PRÁCTICA 15	52
KARDEX (REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS)	

PRÁCTICA 1

TENDIDO DE CAMA ABIERTA

OBJETIVOS

Ofrecer higiene, comodidad y confort al paciente.

Prevenir la formación de escaras o úlceras por decúbito, manteniendo las sábanas sin dobleces.

DEFINICIÓN

Es la cama que está ocupada por un paciente ambulatorio o de cuidado intermedio

MATERIALES

Silla
Sábana base
Impermeable
Media sabana
Sábana de encima
Cobertor
Colcha
Funda de almohada
Almohada

PROCEDIMIENTO	PRINCIPIO CIENTÍFICO
Realizar lavado de manos clínico	Para eliminar la flora residente y transitoria de las manos
Reunir el equipo necesario colocarlo en orden de uso sobre la silla de preferencia al pie de la cama	Para evitar la pérdida de tiempo y el esfuerzo.
Colocar la sabana base de manera que la mitad de esta coincida con la mitad de la cama y el borde superior sobrepase el nivel del colchón cuidando que el revés de la sabana quede en contacto con el colchón, hacer esquina.	Para cubrir el colchón, los pliegues es para facilitar el tendido evitar la pérdida de tiempo,
Colocar el impermeable en medio de la cama.	Para evitar que el colchón se manche de fluidos corporales en caso de pacientes con alguna herida.
Colocar la media sabana en el centro de la cama e introducir el borde lateral.	Para la comodidad del paciente.
Colocar la sobre sabana desde el filo superior del colchón hacia abajo hacer el pliegue en la parte inferior, introducir la sabana bajo el colchón y hacer la esquina.	Para una mejor realización del procedimiento del tendido de cama.
Colocar la primera y segunda cobija a la altura del nivel de los hombros del paciente extenderlas hacia abajo e introducir los bordes inferiores bajo el colchón y el borde lateral inferior hasta la mitad de la cama.	Colocamos a la medida de los hombros porque la cabeza no debe estar cubierta o tapada.

Colocar el cubrecama a nivel del borde superior del colchón y estirarlo hacia abajo Introducir el borde inferior bajo el colchón y hacer la esquina.	Para evitar realizar el tendido varias veces al día.
Pasar al otro lado de la cama y doblar las cubiertas en pliegues hacia el centro	Así evitamos el estiramiento del cuerpo por encima de la cama.
Realizar el tendido del lado que falta, arreglar procediendo de la misma forma y evitando que queden arrugas especialmente en la sabana base.	Evitamos que queden arrugas para evitar úlceras por presión.
Colocar la funda en la almohada y ubicarla en la parte inferior de la cama.	Para reconocer si la cama está ocupada.

CONSIDERACIONES ESPECIALES

Comprobar que la cama este limpia y en buenas condiciones.

Al manipular ropa de cama no ponerla en contacto con el piso.

Al efectuar arreglo de cama, evitar que queden pliegues en la sabana base y sabana clínica.

BIBLIOGRAFÍA

Ariaza Romero, P. D., Granados León, S., & Sánchez Jiménez, C. (2013). Higiene del medio hospitalario y limpieza del material. Madrid, España.: Paraninfo.

PRÁCTICA 2

TENDIDO DE CAMA CERRADA

OBJETIVO

Proporcionar comodidad, seguridad al paciente que ingrese y contribuir a mantener la estética del servicio.

DEFINICIÓN

Es la cama que se prepara para recibir a un nuevo paciente

MATERIALES

Silla
Sábana base
Impermeable
Media sabana
Sábana de encima
Cobertor
Colcha
Funda de almohada
Almohada

PROCEDIMIENTO	PRINCIPIO CIENTÍFICO
Realizar el lavado de manos clínico	Para eliminar la flora residente y parte de la flora transitoria de las manos
Preparar el equipo necesario; colocar en orden de uso sobre la silla, de preferencia al pie de la cama	Para evitar inconvenientes con los materiales y pérdida de tiempo

Colocar la sabana base, de manera que la mitad de esta coincida con la mitad de la cama y el borde superior sobre pase el borde del colchón, cuidando que el borde del revés de la sabana quede en contacto con el colchón, hacer esquina.	Para evitar que un lado de la sabana quede más largo que el otro. Y hacemos la esquina para evitar las arrugas y facilitar la movilidad del usuario.
Extender la sabana hacia el borde inferior y hacer esquina.	El malestar y la presión que sufre el paciente son menos y así se evitan las complicaciones.
Colocar el impermeable en el centro de la cama, procedemos a extenderlos hacia los lados de la cama una vez extendida el impermeable colocamos la media sabana en el centro de la cama, e introducir en el borde lateral los bordes por debajo del colchón	Ayuda a evitar que los fluidos se filtren en el colchón dando lugar a una mancha.
Colocar la sobre sabana desde el filo superior del colchón hacia abajo, hacer el pliegue en la parte inferior, introducir la sabana bajo el colchón y hacer la esquina.	Esto nos facilitara la manipulación de la sobre sabana, y el pliegue se hace para evitar las arrugas en la cama.
Colocar la primera y segunda cobija a la altura de los hombros del paciente, extenderlas hacia abajo e introducir los bordes inferiores bajo el colchón y el borde lateral inferior hasta la mitad de la cama.	Para que el paciente tenga más libertad y movilidad a la altura del tórax, y se introduce las cobijas para evitar las arrugas en la cama y resfriado.
Colocar el cubrecama a nivel del borde superior del colchón y estirarlo hacia abajo. Introducir el borde inferior bajo el colchón y hacer esquina.	Se hace esto para que el paciente tenga más libertad y movilidad a la altura del tórax, y se introduce las cobijas para evitar las arrugas en la cama.

<p> Pasar al otro lado de la cama y doblar el lado que falta realizando los mismos procedimientos; arreglar procediendo de la misma forma y evitando que queden arrugas especialmente en la sabana base.</p>	<p> Ahorro de tiempo, el malestar y presión que sufre el paciente, es menos si las ropas inferiores no tienen arrugas.</p>
<p> Realizar un pliegue en el centro de la cama sobre la sabana inferior con un doblez de 5 a 10 cm y continuamos con el mismo procedimiento hasta obtener una cama cerrada</p>	<p> Mejora la comodidad y proporcionar confort al paciente.</p>
<p> Colocar la funda de la almohada. Tome la funda en el centro de la parte cerrada con la otra mano halamos la funda hasta tener una almohada y colocamos la almohada en la cabecera o al pie de la cama.</p>	<p> Con esto se sabe que la cama está vacía y lista para ocuparse por un nuevo paciente.</p>

CONSIDERACIONES ESPECIALES

Comprobar que la cama este limpia y en buenas condiciones. Al manipular ropa de cama no ponerla en contacto con el piso. Utilizar ropa limpia y en buenas condiciones. Al efectuar arreglo de cama, evitar que queden pliegues en la sabana base y sabana clínica. Al doblar la ropa de cama, hacerlo hacia adentro para evitar que ponga en contacto con el uniforme. Cerciorarse que el colchón no esté roto

BIBLIOGRAFÍA

Jara, M. E. (2013). Manual de la Enfermería. Madrid: Cultural S.A.
 Ariaza Romero, P. D., Granados León, S., & Sánchez Jiménez, C. (2013). Higiene del medio hospitalario y limpieza del material. Madrid, España.: Paraninfo.

PRÁCTICA 3

CAMA QUIRÚRGICA O DE ANESTESIA

OBJETIVOS

Proporcionar un medio limpio y cómodo, así como facilitar el traslado del paciente desde la mesa de operaciones, o la camilla, hasta la cama.

Ofrecer higiene, comodidad y confort al paciente

DEFINICIÓN

Es la cama preparada para recibir a pacientes luego de una intervención quirúrgica o de exámenes especiales

MATERIALES

Silla
Sábana base
Impermeable
Media sabana
Sábana de encima
Cobertor
Colcha
Funda de almohada
Almohada

PROCEDIMIENTO	PRINCIPIO CIENTÍFICO
Realizar el lavado de manos clínico	Para eliminar la flora residente y transitoria de las manos
Poner la ropa limpia en el espaldar de la silla o la cama en orden de uso	Procura que el equipo este a la mano y ahorra energía
Aflojar las cubiertas de la cama	Evita que quede trabada bajo el colchón y se desgarre
Retirar la almohada y su funda, colocar la ropa sucia en el recipiente para la misma	Colocar la ropa sucia en un cesto impide la diseminación de microorganismos
Quitar las cubiertas lo sucio se descarta y lo que está limpio se dobla.	Doblar las sabanas ahorra tiempo y energía
Colocar la sabana de debajo de manera que la mitad de esta coincida con la mitad del colchón y el borde inferior de la sabana quede a nivel del borde inferior del colchón, el revés de la sabana debe estar en contacto con el colchón.	Reduce el esfuerzo que se impone en los brazos
Introducir el borde superior de la sabana bajo el colchón.	Evita desplazamientos Innecesarios
Hacer la esquina e introducir el borde restante de la sabana debajo del colchón Trabajar de arriba hacia abajo. Tender solo él un lado de la cama.	Componer el un lado y después el otro ahorra tiempo
Disponer la sabana de encima a nivel el borde superior del colchón, cuidando que el derecho quede para ser expuesto.	Cubre el colchón.
Introducir bajo el colchón el borde inferior de la sabana, haciendo esquina.	Evita que la sabana se desplace

Ubicar la primera cobija de manera que el borde superior quede a la altura de los hombros.	Para cubrir al paciente completamente
Realizar la esquina en la parte inferior.	No permite el desplazamiento de la misma.
Poner la segunda y tercera cobija procurando proteger los pies, hacer esquina en la parte inferior.	Brinda confort al paciente.
Colocar la sobrecama a nivel del borde superior del colchón.	Ayuda a mantener caliente al paciente.
Doblar el excedente dentro de las cobijas	Evita el contacto con el piso contaminado.
Doblar la sabana de encima sobre la sobrecama	Permite que al momento de des tender la cama se haga desde la sabana.
Hacer la esquina en la parte inferior	Permite mejorar el movimiento de los miembros inferiores del paciente
Pasar al lado opuesto de la cama	
Ubicarse al medio y doblar las cubiertas hacia el centro	Permite que el paciente se acueste en la cama.
Concluir la cama paso a paso teniendo cuidado de no dejar arrugas especialmente en la sabana base.	Se traduce en comodidad del Enfermo
Poner la funda de almohada y colocar en la cabecera de la cama	Ayuda a mantener limpia la almohada
Dejar la unidad en orden	Ayuda a mantener el orden.

CONSIDERACIONES ESPECIALES

Comprobar que la cama este limpia y en buenas condiciones.
Al manipular ropa de cama no ponerla en contacto con el piso.

Es necesario lavarse las manos antes y después del procedimiento.

Al efectuar arreglo de cama, evitar que queden pliegues en la sabana base y sabana clínica.

No demorarse en el tendido de cama.

BIBLIOGRAFÍA

Jara, M. E. (2013). Manual de la Enfermería. Madrid: Cultural S.A.

Ariaza Romero, P. D., Granados León, S., & Sánchez Jiménez, C. (2013). Higiene del medio hospitalario y limpieza del material. Madrid, España.: Paraninfo.

PRÁCTICA 4

BAÑO DE DUCHA

OBJETIVO

Promover y mantener hábitos de higiene personal para eliminar sustancias de desecho y facilitar la transpiración y así activar la circulación periférica y la ejercitación de los músculos, observando los signos patológicos en la piel y estado general del paciente, proporcionando comodidad, confort y bienestar.

DEFINICIÓN

La higiene en la bañera o ducha es apropiada para usuarios que no presenten una gran dependencia y que consiguen entrar y salir de la bañera o de la ducha manteniéndose en pie o sentados mientras dura la higiene. Existen dispositivos que sirven de apoyo para esta técnica de higiene como por ejemplo: los asientos y los agarradores o tiradores, una de las diferencias esenciales entre el baño y la ducha es el tipo de higiene que se practica. En el baño, el aseo se lo realiza por inmersión, y en la ducha la higiene se lleva acabo fundamentalmente por arrastre.

MATERIALES

Guantes de manejo.
Toalla grande
Jabonera con jabón.
Jabón
Champú
Peinilla

Crema hidratante si el paciente posee
 Silla si es necesario
 Silla de ruedas si es necesario
 Camisón o pijama.

PROCEDIMIENTO	PRINCIPIO CIENTÍFICO
Realizar el lavado de manos clínico	Eliminar la flora residente y parte de la flora transitoria de las manos
Reunir el material necesario para el baño	Evitar inconvenientes y pérdida de tiempo
Identificar al paciente y explicar el procedimiento de higiene que se va a seguir e incentivar su colaboración si sus capacidades funcionales lo permiten.	Obtener la colaboración del paciente
Ayude al paciente a ir al baño, si es necesario traslade al paciente en silla de ruedas.	Evitar posibles lesiones en el paciente.
Ayude a desvestirse al paciente proporcionando privacidad	Ética de enfermería y respetar la privacidad
Abrir la llave de agua , regular la cantidad y la temperatura	Proporcionar un buen confort al paciente y mantener una temperatura adecuada durante el baño.
Ayude al paciente a entrar al baño cuidando que no se caiga.	Evitar lesiones en el paciente usando los dispositivos de apoyo: agarradores o tiradores.
Observar al paciente en busca de lesiones en la piel o cambios en su estado general.	Evitar la infección del paciente al momento de realizar el procedimiento de higiene en el caso de existir laceraciones en la piel del paciente.
Facilitar el jabón al paciente	Para evitar que el paciente realice movimiento y evitar algún tipo de lesión o caída.

Permitir que el Paciente permanezca en la intimidad durante 5 minutos, siempre que sea capaz de efectuar la higiene de manera independiente. Es imprescindible dejar a su disposición algún sistema de aviso.	El enfermero debe tener en claro que la privacidad del paciente es muy importante al momento del procedimiento.
Colocación de Guantes de manejo para realizar los procesos de higiene que el paciente, por su gran dependencia no pueda realizarlo por sí mismo	Medida de Bioseguridad y ayudar al paciente durante el baño para evitar caídas
Retirar el jabón ,cerrar la llave de agua y verificar que el piso de la ducha no este resbaloso o con residuos de jabón	Para que el paciente pueda proceder a secarse y evitar algún tipo de caída o lesión
Proporcionar la toalla al paciente y ayudarle al secado de la piel y a la adecuada administración de cremas hidratantes, desodorantes, etc. Este será el momento adecuado, si es oportuno, para administrar un masaje.	Cuidados de enfermería respetando la intimidad del paciente. Los masajes ayudan a reactivar la circulación, estimular y tonificar la musculatura.
Proporcionar la ropa y calzado al paciente , ayude a vestirse y trasládalo a la unidad	Cuidados de Enfermería
Recoger los restos de enseres utilizados una vez que el paciente este vestido y calzado.	Depositar los restos de materiales en sus recipientes adecuados.
Registrar todas las observaciones oportunas relacionadas con su grado de colaboración, el estado de su piel, su tolerancia a la técnica higiénica administrada, etc.	Tener un registro de las normalidades y anomalías del paciente.

CONSIDERACIONES ESPECIALES

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

Nunca deje solo al paciente.

Observar posibles lesiones en la piel del paciente

Registrar las observaciones inmediatamente después del baño

BIBLIOGRAFÍA

Intervención en la atención higiénico-alimentaria e instituciones (Biblioteca UEB)

Técnicas de asistencia general de enfermedades (Biblioteca UEB)

PRÁCTICA 5

BAÑO DE ESPONJA

OBJETIVOS

Promover y mantener los hábitos de higiene personal. Observar cualquier tipo de patología en la piel y estado general del paciente.

Activar la circulación periférica y la ejercitación de los músculos y extremidades. Eliminar residuos de sudación, secreciones, microbios y desechos.

DEFINICIÓN

La higiene en la cama es adecuada para realizar el aseo de individuos totalmente dependientes. Por tanto, serán los profesionales socios-sanitarios los encargados de llevar a cabo integralmente su aseo corporal, capilar y buco-dental.

MATERIALES:

- Ropa limpia del paciente.
- Guantes de manejo.
- 2 Toallas Grandes.
- 2 Lavacaros
- Jarra con agua.
- Jabonera con jabón.
- 2 limpiones
- Esponja
- Bolsa para la ropa sucio

PROCEDIMIENTO	PRINCIPIO CIENTÍFICO
Realizar el lavado de manos clínico	Eliminar la flora residente y parte de la flora transitoria de las manos
Reunir el material necesario para el baño	Evitar inconvenientes y pérdida de tiempo
Identificar al paciente y explicar el procedimiento de higiene que se va a seguir e incentivar su colaboración	Obtener la colaboración del paciente y evitar incomodidad del paciente durante el baño
Colocación de guantes de manejo.	Medidas de bioseguridad.
Retirar la colcha y colocarla en la silla.	Para evitar que la colcha se moje
Luego de las sábanas	Para evitar que el usuario se resfríe y guardar un poco su intimidad
Colocar la lanilla auxiliar al paciente, correr la sabana de arriba hacia los pies, quitarla y ponerla en la bolsa de la ropa sucia.	Evitar el descubrimiento total del paciente.
Pedir autorización al paciente para despojarle de las prendas de vestir para proceder con su aseo.	Se lo realiza por ética de enfermería y respeto de la privacidad del paciente.
Quitar todos los cojines o dejar solo uno, ayudando al paciente a levantar la cabeza y los hombros, para colocar la toalla chica debajo de la cabeza.	Para que el usuario tenga comodidad y confort al momento del procedimiento.
Se debe llevar a cabo la higiene en la cara, los ojos, los oídos y se debe secar perfectamente. Séquese los ojos del ángulo interior hacia afuera usando distintas partes de la toalla para cada ojo.	Se debe hacer porque nuestro usuario puede empezar a padecer enfermedades a las vías respiratorias por la humedad del aseo. Los ojos son órganos sensibles.

Posteriormente se realiza el aseo del cuello, hombros, brazos, las manos y las axilas.	Comenzar por el brazo distal, protegiendo a la cama con una toalla. Este es el procedimiento que se debe realizar según las normas de Enfermería.
Después se asea el tórax y las mamas, el abdomen, las piernas y los pies así como la espalda y las nalgas.	Es la continuidad del proceso a seguir y se debe evitar la exposición de la intimidad del paciente.
Envolver con la lanilla auxiliar la parte superior del muslo y colocar la toalla en la parte inferior de la pierna, se procede con el aseo realizando movimientos largos con una sola pasada.	Evitar que la cama sea contaminada y se moje con residuos de agua.
Colocar el lavamanos sobre la toalla y levantar la pierna distal tomándola de las prominencias Oseas del tobillo y del talón para colocar el pie dentro del lavamanos. Lavar y secar por separado cada pierna.	Se realiza este paso para facilita el procedimiento del aseo del usuario evitando que el agua salpique y moje la cama hospitalaria. Se debe realizar el secado de las piernas por separado para guardar la intimidad del paciente.
Colocar al paciente borde de la cama para poder ubicar la toalla a lo largo de la espalda. Colocar al paciente en la posición decúbito lateral.	Se hace adopta esta posición al usuario con el fin de realizar el proceso de la mejor manera, y ahorrando tiempo.
Lavar y secar nuca, hombros, espalda, región glútea y parte posterior e inferior de los muslos. Colocar al paciente en la posición decúbito lateral.	Por la técnica que la Enfermería nos indica, y para ello se adopta la posición indicada.
Lubricar la piel y ponerle talco, retirar el equipo junto a la cama.	Respetar las zonas intimas del paciente.

Colocar la ropa al paciente.	Proceso y ética de Enfermería y privacidad del paciente.
Realizar el tendido de cama abierta.	Pasos a seguir del procedimiento de tendido de cama abierta. Con el fin de dar comodidad al paciente encamado.
Colocar la toalla sobre la almohada del paciente y proceder a peinarlo.	Evitar la contaminación de la almohada y buscar el confort del paciente.
Comprobar la perfecta comodidad del paciente en el lugar de recuperación	Para garantizar al usuario la comodidad que este requiere.
Recoger el baño y el resto de enseres utilizados una vez que el usuario este vestido. Depósito de materiales estériles y no estériles en sus recipientes adecuados.	Se realiza por ser una norma de bioseguridad y es el trabajo del personal de salud.
Registrar todas las observaciones oportunas relacionadas con su grado de colaboración, el estado de su piel, su tolerancia a la técnica higiénica administrada, etc. Historial del paciente, observaciones realizadas por el o la enfermera/o.	Se lo realiza para poder determinar la evolución que nuestro usuario va presentando con el transcurso de los días.
Comprobar la perfecta movilización del paciente y desplazamiento sin la carga del usuario.	Evitar lesiones en el paciente.
Luego de realizar el procedimiento consultamos al paciente si desea que se lo coloque en un sillón, si su respuesta es positiva lo ubicamos en un lugar apropiado.	Brindar la comodidad y bienestar del usuario.

Recoger el baño y el resto de enseres utilizados una vez que el usuario este vestido y calzado.	Depósito de materiales estériles y no estériles en sus recipientes adecuados.
Registrar todas las observaciones oportunas relacionadas con su grado de colaboración, el estado de su piel, su tolerancia a la técnica higiénica administrada, etc.	Historial del paciente, observaciones realizadas por el o la enfermera/o.

CONSIDERACIONES ESPECIALES

Durante el baño cambiar el agua las veces que sea necesario.

Descubrir al paciente lo menos posible.

Secar bien cada parte después del aseo.

Depositar en bolsas de papel: torundas, tela adhesiva, y demás basura.

BIBLIOGRAFÍA:

Intervención en la atención higiénico-alimentaria e instituciones (Biblioteca UEB)

Técnicas de asistencia general de enfermedades (Biblioteca UEB)

PRÁCTICA 6

ASEO GENITAL

OBJETIVO

Fomentar la higiene, con el fin de prevenir infecciones, secreción irritante y mal oliente.

DEFINICIÓN

Consideraciones generales. El lavado de la región perineal (genitales externos, perineo y zona anal) en el momento del baño diario y, en otros momentos, fomenta la higiene, previene infecciones, elimina suciedades y secreciones irritantes y mal oliente, como el esmegma (sustancia caseosa que se acumula entre el prepucio y el glande o en la superficie interna de los labios vulvares). En el caso del individuo con daño cutáneo perineal, el lavado frecuente, seguido de la aplicación de sustancias medicamentosas indicadas por el médico, favorece la cicatrización. El cuidado perineal debe practicarse siempre con la debida consideración por el pudor del paciente.

PROCEDIMIENTO	PRINCIPIO CIENTÍFICO
Realizar el lavado de manos Clínico	Evitar las infecciones cruzadas. Eliminar la flora residente y parte de la flora transitoria.
Preparar el material	Facilitar el procedimiento Un equipo limpio y completo evita la demora. Permite actuar con prontitud y eficacia.

Preservar la intimidad del paciente.	Conseguir la colaboración del paciente durante su ejecución. Evitar la desconfianza e inseguridad.
Informar al paciente	El conocimiento previo proporciona seguridad y confianza al paciente.
Retirar el dispositivo colector urinario, si lo tuviera.	Evitar lesionar o provocar traumatismos al paciente.
Colocar al paciente en decúbito supino, si es posible, con las rodillas ligeramente flexionadas y las piernas separadas.	Para facilitar el procedimiento esperando la colaboración del paciente.
Descubrir el área genital	Ética de enfermería.
Verter sobre los genitales agua jabonosa, y limpiar la zona con la esponja, siempre de la zona más limpia a la más sucia (de pubis a ano)	Realizar el procedimiento evitando la contaminación de los genitales.
<p>Hombre: Después de limpiar los pliegues inguinales y el escroto, retraer el prepucio para limpiar el glande, el pene y terminar en el ano. No olvidar cubrir el ano tras su secado.</p> <p>Mujer: Tras limpiar los pliegues inguinales, insistir en labios mayores y menores, separándolos para limpiar el meato urinario, la zona vaginal y el ano.</p>	El o la enfermera/o debe tener en claro que la privacidad del paciente es muy importante al momento del procedimiento. Ética de enfermería y respeto al paciente.
Enjuagar a chorro con abundante agua, y secar suavemente los genitales.	Limpiar todos los residuos de jabón para evitar lesiones en la piel.
Retirar la chata y dejar cómodo al paciente.	Evitar molestias al paciente.

Desechar todo el equipo desechable dentro de una bolsa.	Depósito de materiales estériles y no estériles en sus recipientes adecuados.
Retirarse los guantes y lavarse las manos.	Evitar la proliferación de microorganismos.
Registrar en la hoja de comentarios de enfermería las incidencias que hubiera.	Informar a los demás enfermeros las complicaciones observadas.

CONSIDERACIONES ESPECIALES:

Siempre hay que informar al paciente los procedimientos a realizar.

Si el paciente es autónomo, proporcionar todo el material necesario para realizar la higiene perineal.

La temperatura del agua debe ser de 36° C.

Se aconseja que antes de iniciar este procedimiento del paciente orine o defaque.

Siempre mantener la intimidad de paciente para que se sienta seguro

BIBLIOGRAFÍA:

Intervención en la atención higiénico-alimentaria e instituciones (Biblioteca UEB)

Técnicas de asistencia general de enfermedades (Biblioteca UEB)

PRÁCTICA 7

LAVADO DE CABELLO

OBJETIVOS:

Contribuir al buen aspecto personal del paciente manteniendo el cabello limpio y peinado.

Activar la circulación sanguínea mediante el masaje del cuero cabelludo. Prevenir la propagación de parásitos.

DEFINICIÓN

Aseo del cabello y del cuero cabelludo del usuario encamado que no puede hacerlo por sí mismo. Este procedimiento tomara un tiempo de 5min.

MATERIALES

- 1 Jarrita
- 2 Lavacaras
- Champú
- 2 Toallas
- 1 Peinilla
- Torundas
- 2 impermeables
- 1 media sabana
- Secador pelo si es posible
- Hoja de Enfermería

PROCEDIMIENTO	PRINCIPIO CIENTÍFICO
Identificar al paciente, presentarse y brindar la información del procedimiento.	Seguridad de trabajar con el usuario correcto y brindar a la vez confianza.
Preparar el equipo de trabajo	Agilita el proceso y evita contratiempos.
Lavarse las manos y colocar los guantes de manejo.	La aplicación de estas medidas de higiene previene la transmisión de microorganismos.
Pida al usuario, si es posible, su colaboración.	Agilizar el proceso y evitar la incomodidad del usuario.
Retire la almohada, cuidadosamente y coloque en la silla del usuario.	Facilita el cambio de posiciones del usuario encamado.
Colocamos al paciente el decúbito lateral derecho, para proceder a colocar el impermeable y la media sabana, luego colocamos al paciente en decúbito lateral izquierdo para terminar la colocación del impermeable y media sabana. Dejamos al usuario en la posición decúbito dorsal.	El impermeable impide que se moje el colchón.
Colocamos al usuario en posición de roser, que consiste en posición de supina, la cabeza colgando en la parte superior de la cama, el cuerpo del usuario está en dirección semi-vertical.	La posición aplicada permite comodidad al usuario y sobre todo que durante el lavado el agua tenga dirección hacia la palangana.
Colocamos al usuario un impermeable y la toalla grande (en la parte interna) debajo de la cabeza para ser sostenido en el cuello con la mano del usuario si es posible, de lo contrario se sostiene con una pinza.	Se aplica para evitar que se moje el usuario o la ropa de cama durante el proceso.

Formar un canal de agua con la colocación del impermeable y la toalla anterior, hacia la palangana.	De esta forma el agua caerá directamente en la palangana.
Ponemos el algodón en los oídos	El algodón absorberá el agua de forma que no sea insertada en los oídos del usuario evitando provocar infecciones, dolores otorrinos.
Mojar el cabello del usuario	Humedece el cabello, el mismo que facilita la acción del shampoo.
Aplicamos shampoo común o en caso de pediculosis, shampoo especial, haciendo movimientos circulares con las yemas de los dedos.	Esta solución nos ayuda a retirar la suciedad u organismos patógenos que se encuentren en el cabello y cuero cabelludo. Además la técnica de movimientos circulares de las yemas de los dedos favorece la circulación sanguínea y la relajación del usuario.
Enjuagar el cabello con abundante agua.	Favorece aclarar el cabello sin dejar residuos de shampoo evitando la proliferación de microorganismos o irritación en el cuero cabelludo.
Retiramos el algodón de los oídos y desechamos.	Los algodones usados serán directamente desechados (comunes), uso único.
Quitamos el ule o impermeable dejando la toalla.	La toalla permite inmediatamente el secado del cabello luego del proceso.
Cubrir la cabeza con la toalla, enrollándolo.	Secado del cabello por absorción de la toalla.
Ubicamos otra toalla bajo la cabeza del usuario.	Esta toalla ayudara a evitar que se moje la ropa de cama, luego de haber retirado la otra toalla mojada para que haya un secado a temperatura ambiente.

Secar el cabello y retirar la 1era toalla, ya usada. Luego dejar que el cabello se seque a temperatura ambiente o si se tiene con una secadora.	Con un buen secado se evita la proliferación de microorganismos y sobre todo confort al usuario.
Peinamos el cabello	Brinda confort y buena presencia al usuario
Dejar cómodo al paciente.	Permite el descanso y relajación luego de la técnica usada.
Hacer anotaciones en la nota de enfermería	Importante para informar el estado del paciente u otras observaciones durante el procedimiento.

CONSIDERACIONES ESPECIALES:

En el caso de que el usuario posea parásitos como pedículos en su cabellera, ser cautelosos y discretos haciendo uso de normas éticos profesionales y educar al usuario acerca de la higiene personal.

Cuidar la intimidad del usuario, no cansar al paciente (Paredes, 2012).

BIBLIOGRAFÍA

Intervención en la atención higiénico-alimentaria e instituciones (Biblioteca UEB)

Técnicas de asistencia general de enfermedades (Biblioteca UEB)

PRÁCTICA 8

LIMPIEZA DIARIA EN EL ÁREA DEL PACIENTE ENCAMADO

OBJETIVOS:

Mantener orden y limpieza en el servicio.

Aumentar las medidas de comodidad y seguridad para el paciente y otros pacientes.

DEFINICIÓN

Es la eliminación por arrastre de toda suciedad incluyendo materia orgánica, que pueda contener agentes infecciosos que encuentran condiciones favorables para sobrevivir y multiplicarse. (funlarguia, s.f.)

Es un proceso físico-químico que destruye la mayoría de, los microorganismos patógenos, y no patógenos, pero rara vez elimina las esporas.

MATERIALES

Bolsa roja

Bolsa negra

Platón con agua limpia para humedecer

Guantes de manejo

Un paño

PROCEDIMIENTO	PRINCIPIO CIENTIFICO
Reunir el material necesario antes de realizar el procedimiento	Evitamos perder el tiempo buscando el material durante el procedimiento
Realizar el lavado de manos.	Eliminar la suciedad, materia orgánica y flora transitoria de las manos.
Identifíquese ante el usuario, con su nombre e infórmele sobre el procedimiento que vamos a realizar.	El paciente tiene derecho a estar informado de todo procedimiento que se vaya a realizar.
Colocarse los guantes	Para proteger nuestra integridad y la del el paciente
Se ubican pertenencias del paciente en un sitio que no impidan la limpieza	Se despeja el área para evitar transmitir microorganismos
Se humedece el paño y se empieza a limpiar con el principio de ir de lo más limpio a lo más contaminado de arriba hacia abajo.	Así evitamos arrastrar microorganismos a las superficies limpias
Empezamos a limpiar de una sola pasada y usando la mecánica corporal desde la cabecera del paciente	Una buena alineación corporal nos sirve para mantener el equilibrio y evita dolores musculares
Luego limpiamos el pie de la cama solo hasta la parte media de las patas	La patas de la cama, silla y atril del suero se limpia cuando se hace una limpieza terminal ya que en estas se debe usar soluciones jabonosas
Aflojamos las cobijas y las sabanas y limpiamos los filos del colchón y luego volvemos a ajustar las sabanas y las cobijas	En el filo del colchón pueden encontrarse microorganismos
Limpiamos el atril del suero	Usualmente los pacientes se apoyan en el atril para levantarse dejando microorganismos en su superficie

Luego limpiamos el velador limpiando la superficie y también cajón por cajón, si existe basura Se debe clasificar según lo establecido en la institución. (rojo ,verde, gris)	El color de la funda le dice al personal de qué forma tratar los desechos y evitamos que otra persona se infecte.
Limpiamos la silla	Es el lugar donde reposan las visitas y también lugar de muchos microorganismos
Y por último limpiamos la mesa de comer del paciente	En ella se puede encontrar restos de comida o simplemente al apoyar objetos en ella estamos trasladando microorganismos

Consideraciones Especiales:

Informar al paciente los procedimientos a realizar
 Enjuagar el paño la veces que sea necesarias
 Siempre inicie de lo limpio a lo contaminado
 De adentro hacia afuera
 Realice la limpieza de cada uno de los cubículos por separado.

La desinfección incluye las zonas horizontales.
 Lave y desinfecte todos los días los recipientes primarios
 Informar al paciente los procedimientos a realizar
 Enjuagar el paño la veces que sea necesarias

BIBLIOGRAFÍA

Intervención en la atención higiénico-alimentaria e instituciones (Biblioteca UEB)

Técnicas de asistencia general de enfermedades (Biblioteca UEB)

PRÁCTICA 9

LIMPIEZA TERMINAL EN EL ÁREA DEL PACIENTE

OBJETIVOS:

Dar comodidad y seguridad al nuevo paciente
Mantener orden y limpieza en el servicio
Ahorrar tiempo y esfuerzo en la admisión del paciente
Aumentar las medidas de comodidad y seguridad para otros pacientes.

DEFINICIÓN

La limpieza terminal es la limpieza que se hace de los elementos y equipos usados por el paciente cuando ha salido del servicio.

La unidad del usuario, en general, es el conjunto formado por el espacio físico, el mobiliario y el material que en el domicilio o institución, se dispone para esa persona, para su tratamiento o recuperación.

MATERIALES

Bolsa roja
Bolsa negra
Platón con agua limpia para humedecer
Un paño
2 Pares de Guantes
3 Toallas (agua-desinfectante –manos)
2 Lavacaras (1 agua/ 1 clor

PROCEDIMIENTO	PRINCIPIO CIENTIFICO
Reunir el material necesario antes de realizar el procedimiento	Evitamos perder el tiempo buscando el material durante el procedimiento
Realizar el lavado de manos.	Eliminar la suciedad, materia orgánica y flora transitoria de las manos.
Colocación de guantes	Los guantes no ayudan a protegernos de cualquier microorganismo encontrado en el área a tratar
Retiramos cobijas, sabanas y almohada todo lo que se encuentre en la cama	Cobijas a un lado y sabanas a otro lado ya que las sabanas han entrado en contacto directo con el paciente y necesitan otro tipo de desinfección
Con una toalla nos envolvemos en la mano en forma de canasta y la humedecemos con agua	La toalla envuelta en la mano nos da firmeza, y humedecemos para limpiar
Procedemos a limpiar Cabecera de cama-bordes Alzamos en colchón y limpiamos los catetes de la cama y los bordes del mismo Patas de la cama, Velador, Mesa de comer	Tenemos que tomar en cuenta el procedimiento científico " de lo más limpio a lo más contaminado, de arriba hacia abajo, una sola pasada"
Procedemos a desinfectar con el Hipoclorito de sodio Lo realizamos en la misma secuencia que la limpieza	Pues esto nos va a ayudar a desinfectar correctamente el área a tratar teniendo en cuenta las medidas exactas de cloro

Hemos terminado con la limpieza terminal procedemos a retirar los materiales de desinfección y limpieza	Con este procedimiento hemos cumplido con una de las normas de higiene del ambiente del paciente
Nos retiramos los guantes y procedemos a lavarnos las manos	Para eliminar de cualquier microorganismo patógeno
Si es necesario tenderemos la cama	Solo si el personal así lo realiza

CONSIDERACIONES ESPECIALES

Enjuagar el paño la veces que sea necesarias
 Siempre inicie de lo limpio a lo contaminado
 De adentro hacia afuera
 Realice la limpieza de cada uno de los cubículos por separado.
 La desinfección incluye las zonas horizontales.
 Lave y desinfecte todos los días los recipientes primarios

BIBLIOGRAFÍA:

Intervención en la atención higiénico-alimentaria e instituciones (Biblioteca UEB)
 Técnicas de asistencia general de enfermedades (Biblioteca UEB)

PRÁCTICA 10

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO VÍA ORAL

OBJETIVOS:

Administrar fármacos por boca con una asepsia adecuada con fines diagnósticos, terapéuticos o preventivos para que sean absorbidos por la mucosa gastrointestinal.

Aliviar síntomas de una enfermedad. Auxiliar al organismo en la eliminación y destrucción de microorganismos patógenos y ayuda a sobreponerse a la enfermedad.

Administrar fármacos debajo de la lengua con el fin de conseguir la incorporación del fármaco al torrente circulatorio y así obtener un efecto más rápido.

DEFINICIÓN

La administración oral consiste en el paso de los medicamentos desde la cavidad bucal al estómago, luego al intestino delgado para su posterior absorción.

VÍA SUBLINGUAL

El fármaco se administra a través de la boca, colocándolo debajo de la lengua hasta que se disuelva y se reabsorba a través de la mucosa. Es una vía de absorción muy rápida debido a la existencia de abundantes capilares en la zona. Utilizaremos esta vía principalmente para medicación antihipertensiva, ansiolíticos o para la Cafinitrina (administrada en crisis dolorosas cardíacas como ángor o infartos)

MATERIALES

Medicación a administrar.
Bandeja de medicamentos.
Servilletas de papel.
Vaso con agua.
Copas para medicación.
Bata.
Guantes.
Cuchara.
Tarjeta o Kardex.
Mascarilla

ADMINISTRACIÓN VÍA ORAL	
PROCEDIMIENTO	PRINCIPIO CIENTÍFICO
Realizar lavado de manos clínico	Para eliminar la flora residente y transitoria de las manos
Verificar orden médica.	Todo medicamento que debe ser administrado al paciente debe ser ordenado por un médico.
Transportar en una bandeja el medicamento a la habitación del paciente el medicamento se presenta en un vasito especial para medicamentos, el cual es preparado previamente evitando que al depositarlo en el vasito toque con las manos; en caso de suspensiones se debe agitar antes de preparar la dosis.	Contar con el equipo completo para evitar pérdida de tiempo y omisiones.
Identificar al paciente.	Administrar el medicamento correcto, en la vía correcta, hora correcta y al paciente correcto.

Colocarse los guantes.	Usar técnicas asépticas para evitar la alteración en la composición y estado de limpieza o esterilidad del medicamento.
Informar al paciente sobre el procedimiento y medicación que se le va a administrar.	Disminuir la ansiedad del paciente y promover la colaboración de éste en el cumplimiento del tratamiento.
Valorar el nivel de conciencia y capacidad.	En caso de no poder tragar, debemos avisar a su médico para cambiar el medicamento por otra presentación del mismo.
Pedir la colaboración al paciente para colocarlo en una posición que facilite la deglución del medicamento (posición de Fowler).	A través de una buena posición facilitar la deglución del medicamento y prevenir la aspiración.
Administrar el medicamento proporcionándole agua o cualquier otro líquido y asegurar la ingesta del mismo.	Facilitar con el agua la deglución y absorción en el tubo digestivo y asegurar que los medicamentos se ingieran y no queden retenidos en la cavidad oral.
Limpia la boca del paciente si queda residuos de medicamento.	Brindar comodidad al paciente.
Dejar cómodo al paciente.	Favorecer el bienestar del paciente.
Recoger el material utilizado lavar y colocarlo en su lugar.	Técnica aséptica para evitar contaminación con microorganismos existentes.
Sacar los guantes lavar las manos.	Evitar la diseminación de microorganismos.
Anotar en la hoja de tratamientos el nombre, dosis y hora de administración del fármaco y firmarlo (Peny, 2020).	Contar con un registro de los medicamentos administrados evitando que el paciente reciba una sobredosis.

ADMINISTRACIÓN VIA SUBLINGUAL	
PROCEDIMIENTO	PRINCIPIO CIENTÍFICO
Realizar lavado de manos clínico	Para eliminar la flora residente y transitoria de las manos
Verificar orden médica.	Todo medicamento que debe ser administrado al paciente debe ser ordenado por un médico.
Transportar en una bandeja el medicamento a la habitación del paciente	Contar con el equipo completo para evitar pérdida de tiempo y omisiones.
Identificar al paciente.	Administrar el medicamento correcto, en la vía correcta, hora correcta y al paciente correcto.
Colocar al paciente en posición cómoda.	Facilitar la administración del medicamento.
Pedir al paciente que coloque el fármaco debajo de la lengua; le insistiremos en que no debe masticarlo ni tragarlo. También, le informaremos de que le facilitaremos agua o zumo de frutas una vez haya finalizado la absorción del mismo.	Conseguir la incorporación del fármaco al torrente circulatorio y así obtener un efecto más rápido.

Permanecer al lado del paciente hasta que haya finalizado la toma del medicamento.	Para asegurarnos de que no ocurre ninguna eventualidad o accidente (caída de la medicación, atragantamiento, etc.).
Anotar en la gráfica el medicamento administrado y la hora de la administración (Randall, 2020).	Contar con un registro de los medicamentos administrados evitando que el paciente reciba una sobredosis.

CONSIDERACIONES ESPECIALES:

Antes de administrar el fármaco asegurarse de la "regla de los 10 correctos"

Observar la fecha de elaboración y caducidad del medicamento

Vigilar la estabilidad y condiciones de conservación de cada fármaco en concreto.

Conocer y vigilar la acción y efectos secundarios de los fármacos administrados

Evitar administrar medicamentos por vía oral a pacientes inconscientes.

No tocar el medicamento con las manos.

Al terminar de dosificar el medicamento líquido, limpiar la boca del frasco para evitar adherencias.

BIBLIOGRAFÍA:

Ines, F. A. (2010). Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía .

Peny, P. y. (1995). Fundamentos de enfermería teórica y práctica. Editorial Mosby-Doyena.

PRÁCTICA 11

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO VÍA INTRADÉRMICA

OBJETIVOS:

Proporcionar al paciente el tratamiento prescrito administrando un fármaco por vía intradérmica.

Diagnosticar alergias o sensibilidad a medicamentos

DEFINICIÓN

La inyección intradérmica consiste en la administración de un fármaco en la capa dérmica de la piel inmediatamente por debajo de la epidermis por lo general se utiliza un pequeña cantidad de líquido puede ser 0.1 ml. Este método de administración se utiliza con frecuencia en las pruebas de alergia y de tuberculosis.

Los lugares habituales de la inyección intradérmica son la parte interna del antebrazo, la parte superior del tórax y la espalda, entre la escapula. Para la prueba de la tuberculina suele utilizarse el brazo izquierdo y el derecho para las demás pruebas, el ángulo de penetración de la aguja será entorno a unos 15 grados. Para la administración por esta vía se utilizaran una aguja fina, de pequeño tamaño y de bisel corto.

MATERIALES:

Frasco o ampolla de medicamento.

Jeringa estéril de 1ml calibrada

Guantes de manejo.

Torundas

Alcohol

Bandeja

Rotulador Endeleble

Contenedor para el desecho de material punzante.

PROCEDIMIENTO	PRINCIPIO CIENTÍFICO
Realizar el lavado de manos clínico	Inhibir la proliferación de microorganismos patógenos.
Reunir todo el material	Evitar pérdida de tiempo durante el procedimiento.
Colocarse los guantes	Medidas de bioseguridad.
Preparar el medicamento según la prescripción del orden médica.	Garantizar un tratamiento estricto y específico para el paciente.
Identificación y preparación del paciente.	Asegurar que el paciente que va a recibir el medicamento sea el correcto.
Informarle al paciente que se sentirá una ligera punción cuando entre en la piel y el medicamento le producirá una pápula.	El paciente tiene derecho a ser informado a la vez puede facilitar la aceptación del tratamiento y su cumplimiento.
Pedir al paciente que tome asiento y extienda el brazo apoyándolo sobre una superficie plana.	Estabiliza el punto de inyección para mejor accesibilidad.
Hacer previamente una inspección y palpación de la zona en la que se va a realizar la técnica en busca de hematomas edemas induración o signos de infección.	Al tomar en cuenta estas consideraciones excluirá como opción para el pinchazo.
Realizar la asepsia en la zona de punción en forma circular de adentro hacia afuera.	Inhibir la proliferación de microorganismos.

Con la mano no dominante tirar la piel sobre el punto de inyección con el índice o el pulgar	La aguja perfora mejor la piel tensa.
Con la aguja prácticamente apoyada sobre la piel del paciente, insertar lentamente con un ángulo de 15 grados hasta que se note resistencia. Después de hacer avanzada la aguja a través de la epidermis hasta aproximadamente 3mm debajo de la superficie de la piel.	Asegurar que la punta de la aguja está en la dermis.
Inyectar el medicamento lentamente, normalmente se nota una cierta resistencia, sino es así la aguja esta demasiado profunda retirarla y volver a empezar.	La inyección lenta minimiza las molestias en ese punto, la capa de la dermis esta tensa y no se expande cuando se inyecta la solución.
Mientras se inyecta el medicamento observar cómo se forma una pequeña pápula de 6mm en la superficie de la piel.	La pápula indica que el medicamento está depositado en la dermis.
Retirar la aguja con el mismo ángulo en que se introdujo.	
No hacer masajes sobre el punto de la inyección.	El masaje en el punto de la inyección intradérmica puede dispersar el medicamento hacia las capas de tejido subyacente y alterar los resultados de la prueba.
Marcar con un rotulador indeleble alrededor de la zona de la inyección un círculo.	El círculo ayuda a que se encuentre con mayor facilidad la zona de punción.
Recordar al paciente que no se toque, rasque la zona de punción.	Evitar la alteración de los resultados

Desechar la aguja y la jeringa en el contenedor de objetos corto punzantes sin re-encapsular.	No volver a colocar el capuchón en la aguja para evitar lesiones por pinchazo.
Quitarse los guantes y lavarse las manos	Reduce la transmisión de microorganismos.
Registrar toda la información en la hoja de enfermería.	Documento legal de la administración

CONSIDERACIONES ESPECIALES:

Revisar fecha de caducidad del medicamento.

La piel debe ser íntegra sin hematomas, escoriaciones u otras alteraciones.

Aplicar los 10 correctamente.

No utilizar jeringuilla que no sea de 1ml.

En ángulo para esta vía es de 15 grados

Las zonas de inyección son parte inferior e interna del antebrazo, parte superior del tórax, zona subescapular.

BIBLIOGRAFÍA:

B, K. (2005). enfermería fundamental conceptos, procesos, prácticas. En B. A. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.

Esteve J. Enfermería Técnica clínicas McGraw-Hill Interamericana; 2003

Manual de Enfermería Técnicas y procedimientos; Inés Carmen Gonzales Gómez; Agustinas Herrero Alarcón (BIBLIOTECA; UEB)

PRÁCTICA 12

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO VIA INTRAVENOSA

OBJETIVOS:

Producir efectos más rápidos que por otras vías. Introducir dosis precisas de medicamento al torrente circulatorio para una acción rápida.

Administrar sustancias no absorbibles en depósitos tisulares o en el aparato gastrointestinal, o que se pueden inactivar antes de la absorción. Obtener efecto de un medicamento, el cual no se absorbe por otra vía.

DEFINICIÓN

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

MATERIALES:

Guantes de manejo
Medicamento a administrar
Bandeja
Torniquete
Jeringuilla 3, 5,10,20 cc
Aguja hipodérmica N° 20, 21, 22
Torundas con alcohol
Canastas de papel para desechos

PROCEDIMIENTO	PRINCIPIO CIENTÍFICO
Realizarse el lavado de manos clínico y posteriormente colocarse los guantes	Evitar la proliferación de microorganismos patológicos.
Preparar el material y equipo necesario: -Jeringuilla del tamaño adecuado - Torundas de alcohol -Ampolla o vial con el fármaco	Evitar la pérdida de tiempo ya que este es muy valioso.
Compruebe la orden de la prescripción medica	Asegura la exactitud de la prescripción
Prepare la dosis correcta del fármaco de la ampolla. Compruebe la dosis minuciosamente	Asegura que la medicación sea estéril y en dosis exacta.
Asegúrese de expulsar todo el aire contenido en la jeringuilla	Evita el ingreso de aire al torrente sanguíneo, ya que este es perjudicial.
Informar al paciente sobre el procedimiento a realizar.	El usuario tiene derecho a conocer acerca del proceso que le vamos a realizar. Permite la colaboración del paciente además ayuda al paciente a prever las acciones de la enfermedad reduce la ansiedad.
Aplicar los 10 correctos	Evita confusiones en la medicación y la aplicación correcta del mismo.
Cierre las cortinas o la puerta de la habitación	Se lo realiza con el fin de proporcionar intimidad al paciente.
Elija el punto de inyección adecuada	Los puntos de inyección no deben presentar anomalías que puedan inferir en la absorción de la medicación.

Ayudar al paciente a adoptar una posición cómoda. El paciente debe relajar su miembro superior.	La relajación es importante porque ayuda a la mejor absorción de la medicación
Colocar el torniquete a una distancia de 4 dedos hacia arriba del punto de punción.	Nos ayuda a visualizar de una mejor manera la vena a la cual vamos a suministrar en fármaco.
Limpie la zona con una torunda de algodón desde el centro de la zona hacia afuera, con un movimiento circular.	La acción mecánica del algodón elimina secreciones que contienen microorganismos.
Sujete el algodón entre el tercer y cuarto dedo de la mano dominante	Se puede utilizar el algodón después de retirar la aguja
Retirar la cubierta de la aguja en dirección recta	Se lo realiza de esta manera con la finalidad de conservar de forma aséptica hasta el último momento al medicamento preparado y listo para administrar.
Sujete la jeringuilla correctamente entre el pulgar y el dedo índice de la mano	Da estabilidad al momento de inyectar
Estire la piel	La aguja penetra la piel tirante con más facilidad de la piel laxa
Inyecte la aguja rápida y firmemente con un ángulo de 25 grados con el bisel hacia arriba	La inserción firme y rápida reduce las molestias
Absorber para comprobar que está en el torrente sanguíneo y administrar lentamente el fármaco	Para evitar suministrar el fármaco en un lugar equivoco.
Retirar la aguja	Es el procedimiento a realizar una vez terminado la administración del fármaco.
Ejercer una pequeña presión en la zona inyectada	Proporciona al paciente un sentimiento de bienestar.

Ayude al paciente a tomar una posición cómoda.	Se lo realiza con el fin de proporcionar una rápida recuperación del usuario y por ende la asimilación rápida de la dosis aplicada
Anotar en el kardex	Con el fin de llevar un registro minucioso a la administración del medicamento. (B, 2018)

CONSIDERACIONES ESPECIALES:

Valorar el estado del paciente durante la técnica al acabarle y quince minutos después, por si pudiese aparecer alguna reacción inesperada como podría ser una alergia.

Instruirle para que el mismo sea el que lleve a cabo la presión sobre el punto de punción.

Dejar todo reflejado en la hoja de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA:

B, K. (2005). enfermería fundamental conceptos, procesos, practicas . En B. A. Madrid: McGraw-Hil Interamericana.

Carrero Caballero MC Accesos vasculares. Implantación y cuidados enfermeros. Madrid: Difusión. Avances de Enfermería (DAE); 2002

Esteve J. Enfermería Técnica clínicas McGraw-Hill Interamericana; 2003

Hospital Universitario Reina Sofía. Dirección de Enfermería. Unidad de Docencia, Calidad e Investigación de Enfermería. Manual de Enfermería protocolo y procedimientos generados de Enfermería. Córdoba. Servicio Andaluz de Salud.

PRÁCTICA 13

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO VÍA SUBCUTÁNEA

OBJETIVOS:

Administrar fármacos a través del tejido subcutáneo de forma intermitente o continua.

Administrar pequeñas cantidades de medicamentos.

DEFINICIÓN

Consiste en la introducción de sustancias medicamentosas en el tejido celular subcutáneo. Se usa principalmente cuando se desea que la medicación se absorba lentamente. La absorción en el tejido subcutáneo se realiza por simple difusión de acuerdo con la gradiente de concentración entre el sitio de depósito y el plasma, la velocidad de absorción es mantenida y lenta lo que permite asegurar un efecto sostenido

MATERIALES:

Bandeja para medicamentos.

Jeringa de 1 ml (graduada en UI).

Medicamento a suministrar

Guantes estériles

Alcohol

Torundas.

Tarjeta de registro del medicamento.

PROCEDIMIENTO	PRINCIPIO CIENTÍFICO
Realizar el lavado de manos clínico	Inhibir la proliferación de microorganismos patógenos.
Reunir todo el material	Evitar pérdida de tiempo durante el procedimiento.
Colocarse los guantes	Medidas de bioseguridad.
Preparar el medicamento según la prescripción del orden médica.	Garantizar un tratamiento estricto y específico para el paciente.
Identificación y preparación del paciente.	Asegurar que el paciente que va a recibir el medicamento sea el correcto.
Informar al paciente la técnica a realizar.	Para evitar que el paciente se incomode.
Proporcionar una posición cómoda al paciente	Favorece el bienestar del paciente disminuyendo la tensión
Desinfectar la zona a puncionar con torundas impregnadas de alcohol	Elimina microorganismos patógenos de la piel
Con la mano no dominante, hacer un pliegue de 2,5 cm alrededor del sitio de punción	Permite elevar el tejido subcutáneo
Con la mano dominante, sostener la jeringa, retirar el capuchón, con el bisel hacia arriba puncionar en un ángulo de 45°	Permite aplicación del medicamento en el sitio anatómico correcto
Soltar el pliegue de piel	Evita inyectar el fármaco en el tejido comprimido e irritar los nervios
Aspirar. Si hay retorno venoso, retirar el fármaco, si no hay retorno venoso aplicar el fármaco. (No aspirar cuando se administre insulina o heparina)	Evita la aplicación directa del fármaco en el torrente sanguíneo
Retirar la aguja en el mismo ángulo en que se introdujo	Evita lesionar tejidos circundantes
Cubrir el sitio con torunda impregnada de alcohol. Realizando una suave presión.	Estimula la absorción del fármaco

Desechar el material utilizado: aguja en el guardián, jeringa en el recipiente de color gris, torundas y guantes en recipiente de color rojo	Permite correcta disposición de desechos hospitalarios
Registrar el medicamento en el formato respectivo, incluyendo dosis, vía, fecha, hora, nombre y código de quién lo suministró	Forma parte de la información legal respecto a tratamientos recibidos por pacientes
Observar efectos del medicamento	Prevenir y/o controlar cualquier reacción indeseable del paciente al medicamento

CONSIDERACIONES ESPECIALES:

Aplicar los 10 correctos.

Valorar a la persona antes de poner el medicamento.

Revisar la fecha de caducidad del medicamento.

Tomar la dosis correcta y revisar antes de introducirla.

Insertar la aguja con el bisel hacia arriba.

En el caso de las inyecciones de insulina, deben rotarse las zonas de inyección, debido a la frecuencia de las administraciones

BIBLIOGRAFÍA:

B, K. (2005). enfermería fundamental conceptos, procesos, practicas . En B. A. Madrid: McGraw-Hil Interamericana.

Carrero Caballero MC Accesos vasculares. Implantación y cuidados enfermeros. Madrid: Difusión. Avances de Enfermería (DAE); 2002

Esteve J. Enfermería Técnica clínicas McGraw-Hill Interamericana; 2003

Hospital Universitario Reina Sofía. Dirección de Enfermería. Unidad de Docencia, Calidad e Investigación de Enfermería. Manual de Enfermería protocolo y procedimientos generados de Enfermería. Córdoba. Servicio Andaluz de Salud.

PRÁCTICA 14

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO VÍA INTRAMUSCULAR

OBJETIVOS:

Administrar medicamentos en el organismo que por otra vía resultaría irritante o se inactivarían.

Producir efectos más rápidos que los obtenidos por la vía oral, intradérmica y subcutánea.

Administrar medicamentos que por su composición química no pueden administrarse por la vía intravenosa

DEFINICIÓN

La inyección intramuscular o inyección IM es una forma de administración en la que el medicamento se inyecta dentro del músculo. Es utilizada con el fin de que la sustancia administrada sea absorbida de forma eficaz

MATERIALES:

Guantes
Jeringuilla intramuscular
Complejo B
Bandeja
Alcohol
Torundas
Contenedor (guardián)

PROCEDIMIENTO	PRINCIPIO CIENTÍFICO
Realizar el lavado de manos clínico	Inhibir la proliferación de microorganismos patógenos.
Reunir todo el material	Evitar pérdida de tiempo durante el procedimiento.
Colocarse los guantes	Medidas de bioseguridad.
Preparar el medicamento según la prescripción del orden médica.	Garantizar un tratamiento estricto y específico para el paciente.
Identificación y preparación del paciente.	Asegurar que el paciente que va a recibir el medicamento sea el correcto.
Informar al paciente la técnica a realizar.	Para evitar que el paciente se incomode.
Proporcionar intimidad e ir descubriendo la zona del glúteo en el cuadrante superior externo.	Porque esa será la zona a preparar y donde se aplicara la inyección
Desinfectar la zona con algodón impregnada en alcohol.	Para no contaminar la aguja al introducirla en la zona a aplicar.
Introducir la aguja profundamente, en un ángulo de 90°, con un movimiento rápido, directamente al músculo.	Para que no se produzca lesión de los vasos sanguíneos.
Adaptar la jeringa a la aguja y aspirar para comprobar si se ha pinchado un vaso sanguíneo, si no aparece sangre, inyectar lentamente	Para evitar que se produzca un absceso o nódulo.
Presionar la zona con algodón, retirando de una sola vez aguja y jeringa con un movimiento rápido y seguro.	Para limpiar la sangre que sale y para no producir dolor al paciente.
Tapar la jeringuilla con la técnica de una sola mano.	Para no pincharse e infectarse con alguna enfermedad.

Desechar el material al contenedor específico.	Para no contaminar otros desechos u el espacio que se habita.
Seguir presionando un rato la zona inyectada, haciendo movimientos circulares (depende del medicamento).	Porque ayuda a la distribución y absorción de la solución inyectada.
Desechar los guantes y lavarse las manos.	Para mantener la higiene y no llevar desechos tóxicos a otros pacientes.
Registrar en la hoja Kardex	Para saber quién lo administro y que medicamento.

CONSIDERACIONES ESPECIALES:

Aplicar los 10 correctos.

Valorar a la persona antes de poner el medicamento.

Revisar la fecha de caducidad del medicamento.

Tomar la dosis correcta y revisar antes de introducirla.

Evitar puncionar los nervios y vasos sanguíneos.

BIBLIOGRAFÍA:

B, K. (2005). enfermería fundamental conceptos, procesos, practicas . En B. A. Madrid: McGraw-Hil Interamericana.

Carrero Caballero MC Accesos vasculares. Implantación y cuidados enfermeros. Madrid: Difusión. Avances de Enfermería (DAE); 2002

Esteve J. Enfermería Técnica clínicas McGraw-Hill Interamericana; 2003

Hospital Universitario Reina Sofía. Dirección de Enfermería. Unidad de Docencia, Calidad e Investigación de Enfermería. Manual de Enfermería protocolo y procedimientos generados de Enfermería. Córdoba. Servicio Andaluz de Salud

PRÁCTICA 15

KARDEX (REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS)

Objetivo general:

Controlar la administración de medicamentos a los pacientes y así evitar errores.

Objetivos específicos:

Implementar un modelo de gestión de suministro de medicamentos identificando responsables y actividades en cada nivel de competencia con la definición y descripción de cada uno de sus componentes.

Definir procesos que orienten el trabajo del equipo de funcionarios en cada uno de los niveles estableciendo indicadores claves y la frecuencia de monitoreo y seguimiento.

Definir los instrumentos requeridos para evidenciar la adecuada implementación de un modelo único de gestión de suministro de medicamentos, así como para el monitoreo y seguimiento de cada uno de sus procesos.

DEFINICIÓN

Es una hoja que permite el registro de la identificación del Enfermo, tratamiento, dosis, vía de administración, frecuencia y horas de cumplimiento durante las veinticuatro (24) horas del día.

Para anotar la administración de los medicamentos se utilizara dos esferos (azul y rojo), el azul se utilizara para anotar los medicamentos administrados de 7am a 6pm, y el rojo se utilizara para anotar los medicamentos administrados de 7pm a 6am.

Materiales:

Hoja de kardex.
Esferos azul y rojo.

Procedimiento:

PROCEDIMIENTO	PRINCIPIO CIENTIFICO
Lavarse las manos.	Ya que aquí se administrara medicamentos al paciente.
Revisar que sea la cama y paciente correcto.	Evitar confusiones.
revisar la prescripción médica.	Asegurarse si no hay cambios en la administración de medicamentos.
Llenar el kardex de acuerdo a la prescripción y hora adecuada.	Siguiendo la prescripción del doctor.
Llenar las iniciales y la función de la persona que administra.	Seguridad en caso de una mala administración
Dejar todo listo para la siguiente persona que va a utilizar el kardex.	Evitar confusión al compañero/a que va a continuar con la administración.

BIBLIOGRAFÍA:

B, K. (2005). enfermeria fundamental conceptos, procesos, practicas . En B. A. Madrid: McGraw-Hil Interamericana.

OBJETIVO

Conocer la importancia y el procedimiento correcto del lavado de manos clínicos y cuáles son los momentos apropiados para llevar a cabo este procedimiento.

DEFINICIÓN

Se define como un frote breve y enérgico de todas las superficies de las manos con una solución anti- microbiana seguido de enjuague al chorro de agua.

EQUIPOS Y MATERIALES.-

Jabón líquido

Toallas desechables

Recipiente de los desechos comunes

PROCEDIMIENTO	PRINCIPIO CIENTÍFICO
Preparar el equipo y llevarlo al lavado	Tener el equipo cerca evita pérdida de tiempo y esfuerzo.
Retiramos todas las joyas de las manos, subir las mangas del uniforme sobre los	Los artículos de joyería albergan microorganismos, además que constituyen una fuente potencial de contaminación para la herida quirúrgica.
Ponemos en una distancia prudente frente al lavabo y en una posición anatómica con los brazos flexionados	Ayuda que nuestro uniforme no se moje y a que no nos salpique el agua.
Regulamos la temperatura del agua de modo que quede tibia	El agua tibia o moderadamente caliente hace mejor espuma que la fría.

Humedecer las manos y muñecas en el chorro de agua, colocándonos a un nivel menor que el de los codos.	Colocando las manos en esta posición evita contaminar las zonas menos contaminadas.
Aplicar suficiente jabón para hacer abundante espuma	El jabón es un agente bacteriostático que impide el crecimiento de los microorganismos.
Frotamos las manos palma con palma	La fricción elimina los microorganismos patógenos existentes en las manos
Frotamos la palma izquierda contra el dorso de la mano derecha, entrelazando los dedos y viceversa	La fricción arrasa los microbios y mugre existentes en las manos.
Frotamos palma con palma entrelazando los dedos	La fricción y movimientos circulares son útiles para aflojar las impurezas y microorganismos que se alojan en los dedos.
Frotamos el dorso de los dedos con la palma de la mano contraria y viceversa o también conocido como entre nudillos	La fricción elimina los microorganismos que se alojan en el dorso de los dedos.
Barrido de pulgar	La fricción ayuda a que se elimine las impurezas de los espacios interdigitales.
Frotamos las puntas de los dedos de la mano izquierda en la palma de la mano derecha en forma circular en ambos sentidos y viceversa	Los microorganismos pueden alojarse y permanecer debajo de las uñas, donde pueden multiplicarse y diseminarse a otras personas.

Enjuagamos las manos con agua	La fuerza de gravedad permitirá que el agua y jabón vayan de zonas de menor contaminación a zonas de mayor contaminación en el lavabo.
Secarse perfectamente las manos con una toalla de papel con golpecitos suaves en la piel de muñecas y manos.	Secar la piel adecuadamente evita grietas. Para no irritarla es mejor secarla con golpecitos suaves en vez de frotarlas.
Cerrar la llave con la misma toalla y desecharla cuidando de no tocar el cesto.	Los microorganismos pueden acumularse en las llaves y diseminarse a otras personas (carla, 2016).

Alicia, A. (1985). técnicas de enfermería . Ecuador : universidad central del ecuador .

Almeida Elsa, Castro Rosa, Guzman Magdalena,. (s.f.). manual de la enfermería. madrid : equipo cultural.

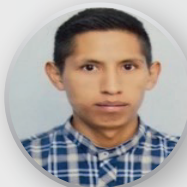
Blanch Carmen, Llorens Carmen. (2008). Técnicas Básicas de Enfermería. España: THOMSON PARninfo.

carla, r. (24 de 05 de 2016). El blog de la enfermera . Obtenido de El blog de la enfermera : http://enferlic.blogspot.com/2012/05/lavado-de-manos_04.html

La Enfermería es una de las profesiones más antiguas dentro del campo de la salud. Su esencia es cuidar y mantener la salud de personas, familia y comunidad, contribuyendo a satisfacer necesidades de atención y bienestar. La necesidad de sus servicios es universal, en su práctica es importante el respeto a la vida, dignidad y derechos del hombre. Sus profesionales deben poseer capacidad para contribuir con inteligencia, respeto y justicia a la atención de pacientes. La enfermera(o) asume responsabilidad de hacer el bien y proteger valores preciados: vida, salud y derechos de los pacientes. Es responsable de salvaguardar un medio sano: físico, social y emocional promoviendo calidad de vida. Este trabajo tuvo como objetivo contribuir a los valores profesionales fortaleciendo la Ética de la Enfermería, fundamentar los Principios Básicos en su perfil ético, identificar relación enfermera(o)-paciente como cuestión ética, precisar aspectos contenidos en el Código de Ética de la Enfermería y valorar papel del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como método ético-científico-profesional. Se concluyó que los aspectos éticos son de gran importancia para la profesión, es vital en atención directa a pacientes el cumplimiento de Principios Básicos como pilar esencial, las enfermeras(os) deben asumir función de defensores de los derechos de pacientes cumpliendo con aspectos éticos en el binomio enfermera(o) -paciente, al aplicar el Proceso se debe tener en cuenta su función de ayudar al paciente brindando información necesaria para toma de decisiones acorde a sus propios valores y posee una trascendental importancia que todas las enfermeras(os) conozcan y estudien el Código y funcionamiento de las Comisiones de Ética.



Clara Patricia Guerra Naranjo
<https://orcid.org/0000-0002-6477-1539>
Universidad Estatal de Bolívar



Hugo David Curi Chiluiza
<https://orcid.org/0000-0002-3455-8139>
Hospital General Martín Icaza
Universidad Estatal de Bolívar



Fatima Jhojana Coles Gavilan
<https://orcid.org/0000-0003-3890-3048>
Consulting Group Quevedo



Descárgalo
GRATIS

Escaneando este código QR



ISBN: 978-9942-42-701-4

