

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA





Mayo 2023 – CID - Centro de Investigación y Desarrollo

Copyright © CID - Centro de Investigación y Desarrollo

Copyright del texto © 2023 de Autores

libros.ciencialatina.org

editorial@ciencialatina.org

Atención por WhatsApp al +52 22 2690 3834

Pilar- Paraguay

Datos Técnicos de Publicación Internacional
Título: Técnicas y procedimientos de enfermería. Autor: María Paulina Muñoz Navarro, Cristina Nataly Cadena Palacios, Luz Marina Rodríguez Cisneros, Martha Patricia Navarrete Pilacuán. Revisión por pares (Interna): Ismenia del Carmen Araujo Vélchez, Verónica Elizabeth Espinoza Torres. Instituto Superior Tecnológico ITCA, Ibarra- Ecuador Editor: CID - Centro de Investigación y Desarrollo Diseño de tapa: CID - Centro de Investigación y Desarrollo Corrección de Estilo: CID - Centro de Investigación y Desarrollo Formato: PDF Páginas: 67 pag. Tamaño: Sobre C5 162 x 229 mm Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acceso: World Wide Web ISBN: 978-99925-13-93-4 DOI: https://doi.org/10.37811/cli_w879

1ª. Edición. Año 2023. Editorial CID - Centro de Investigación y Desarrollo.

El contenido del libro y sus datos en su forma, corrección y fiabilidad son responsabilidad exclusiva de los autores. Permite la descarga de la obra y compartir siempre que los créditos se atribuyan a los autores, pero sin la posibilidad de cambiarlo de cualquier forma o utilizarlo con fines comerciales

**Prohibida su reproducción por cualquier medio.
Distribución gratuita**



TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

Carreras	Período académico
Técnico en Enfermería	I

Autores

Mgs. Paulina Muñoz

Mgs. Nataly Cadena

Mgs. Luz Marina Rodríguez Cisneros

Mgs. Martha Patricia Navarrete

Índice

Introducción	7
Lineamientos generales del modelo educativo institucional	9
Competencias generales	9
Competencias específicas.....	9
Resultados de aprendizaje desarrollados por la asignatura	10
Bibliografía.....	11
Basica	11
Complementaria	11
Referencias electrónicas	12
Orientaciones generales para el estudio	13
Proceso de enseñanza – aprendizaje para el logro de resultados de aprendidaje	14
Planificación del trabajo para el alumno	15
Sistema de evaluación	20
Orientaciones específicas por unidades.....	21
Unidad 1: tecnicas y procedimientos basicos de enfermería	21
Fundamentos teóricos.....	21
Actividades de la unidad	23
Autoevaluación.....	23
Unidad 2: técnicas y procedimientos de enfermería en las afecciones respiratorias y cardiovasculares.....	26
Oxigenoterapia	27
Fisioterapia respiratoria	27
Nebulizaciones	28
Manejo de drenajes.....	28

Actividades de la unidad	28
Autoevaluación.....	29
Unidad 3: técnicas y procedimientos de enfermería en las afecciones nervioso central y músculo-esqueléticas	31
Cuidados del paciente encamado.....	32
Procedimiento sobre el paciente encamado:.....	32
Fisioterapia músculo-esquelética activa y pasiva.....	32
Características del tratamiento pasivo y del activo	32
Manejo del dolor	33
Colocación de vendaje.....	34
Cura de heridas	34
Manejo de úlceras por presión.....	35
Cura de quemaduras	36
Objetivos	37
Actividades de la unidad	37
Autoevaluación.....	37
Unidad 4: técnicas y procedimientos de enfermería en las afecciones genitourinarias y gastrointestinales	39
Cateterismo vesical.....	39
Aseo perianal.....	40
Control de líquidos ingeridos y eliminados.....	41
Cateterismo nasogástrico y alimentación por gavage	42
Nutrición parenteral total y parcial.....	43
Colocación de enemas	44
Cuidados de colostomía.....	45
Cuidados de pie diabético.....	45
Actividades de la unidad	46
Autoevaluación.....	46

Unidad 5 procesos administrativos, asistenciales y técnicas de registro.....	48
Admisión, transferencia, referencia.....	48
Tipos de Admisión	49
Transferencia	50
Referencia.....	50
Interconsultas y alta del paciente.....	50
Alta	50
Actividades de la unidad	51
Autoevaluación.....	51
Solucionario	53
Solucionario a las actividades	53
Solucionario a la autoevaluación.....	60
Glosario	63
Anexos.....	65

Introducción

Esta guía se desarrolla como material docente para los alumnos del primer semestre de la carrera de Técnicos en enfermería del Instituto José Chiriboga Grijalva (ITCA), para ser utilizado en el aprendizaje teórico y práctico. Se ubica en la unidad curricular profesional, dentro del campo de formación de la adaptación e innovación tecnológica.

Emplear las técnicas y procedimientos de Enfermería como medida terapéutica en la atención de las principales enfermedades de aparatos o sistemas en la población ecuatoriana, considerando los valores, principios bioéticos e implicaciones de la práctica profesional del cuidado humano.

Los procedimientos generales que componen esta guía están sustentados por la mejor evidencia científica, y están disponibles para ser consultados, con la certeza de prestar cuidados enfermeros con los mismos estándares de calidad. Un aspecto innovador y muy importante, de esta guía, es la inclusión explícita de puntos críticos de seguridad para el paciente, es decir, aquellos que pueden ocurrir en alguna de las fases del procedimiento. Los procedimientos clínicos son instrumentos de protocolización que se definen como una secuencia pormenorizada de acciones que se han de llevar a cabo en una situación dada, tratando de sistematizar cuáles son y cómo se han de proporcionar los cuidados. Los procedimientos, además, tienen un carácter claramente normativo, aspecto que constituye en sí mismos un respaldo legal, que proporciona a los profesionales seguridad en su quehacer cotidiano.

Finalmente se ha elaborado la presente guía por áreas de atención de acuerdo al nivel de complejidad, comprende: Las guías de procedimientos básicos, las guías de los procedimientos del Sistema Respiratorio, las guías de los procedimientos del Sistema Cardiovascular, guías de los procedimientos del sistema Gastro intestinal.

Estimados estudiantes no se rindan que la vida, es eso continuar el viaje, perseguir sus sueños, ya que el éxito es la suma de pequeños esfuerzos repetidos día tras día.

Lineamientos generales del modelo educativo institucional

Competencias generales

Competencias específicas

La asignatura de Técnicas y procedimientos de Enfermería, contribuye para que el estudiante de la Tecnología Superior en Enfermería, al término de su colegiatura, tenga la capacidad para "Aplicar las técnicas y procedimientos básicos de enfermería, demostrando habilidades y destrezas en la atención integral al paciente."

Resultados de aprendizaje desarrollados por la asignatura

Logro o resultado de aprendizaje (corresponde a los objetivos específicos, directamente relacionados con lo que el estudiante sea capaz de hacer al término de una unidad académica)	Tipo de resultado/objetivo	unidad académica
1. realiza la correcta selección de los recursos materiales, en el conocimiento de los diferentes controles en relación a la técnica a aplicar, y al procedimiento en sí mismo para la prevención y reconocimiento precoz de las complicaciones potenciales.	cognitivo	unidad 1: técnicas y procedimientos básicos de enfermería
2. ejecuta correctamente las técnicas, causando las mínimas molestias posibles al paciente.	procedimental	unidad 2: técnicas y procedimientos de enfermería en las afecciones respiratorias y cardiovasculares.
3. aplica los cuidados protocolizados en relación a las afecciones de los diferentes sistemas del cuerpo humano, bajo la supervisión de la licenciada enfermera	procedimental	unidad 3: técnicas y procedimientos de enfermería en las afecciones nervioso central y músculo-esqueléticas
3. aplica los cuidados protocolizados en relación a las afecciones de los diferentes sistemas del cuerpo humano, bajo la supervisión de la licenciada enfermera	procedimental	unidad 4: técnicas y procedimientos de enfermería en las afecciones genitourinarias y gastrointestinales
4. ejecuta los procesos administrativos, asistenciales y de registro necesarios en las unidades médicas en el ámbito de su competencia.	procedimental	unidad 5 procesos administrativos, asistenciales y técnicas de registro
5. se interesa por satisfacer las necesidades humanas del ser en la atención de enfermería.	actitudinal	

Bibliografía

Nota: La información presentada en este libro fue tomada de las fuentes referenciadas en la bibliografía

Basica

✓ Potter Perry: **Fundamentos de Enfermería**, editorial Elsevier, novena edición, España, 2019.

El libro Fundamentos de enfermería proporciona un enfoque actual de la práctica enfermera, analizando el ámbito entero de la atención primaria, aguda y de restablecimiento. Esta edición aborda una serie de temas claves de la técnica actual, incluyendo el énfasis en los cuidados centrados en el paciente y la práctica basada en la evidencia.

✓ Carmen, G. (2013). *Técnicas y Procedimientos de Enfermería*. España: BarcelBaires. Recuperado el 13 de 08 de 2020

Los procedimientos generales que componen esta publicación están sustentados por la mejor evidencia científica, y están disponibles para ser consultados en todo momento por los estudiantes, con la certeza de prestar cuidados enfermeros con los mismos estándares de calidad.

Complementaria

✓ GOMEZ, M. L. (15 de FEBRERO de 2016). *YOUTOBE*.
Obtenido de <https://slideplayer.es/slide/4873928/>

✓ MANCHOLA, B. (20 de Abril de 2014). *SLIDESHARE*.
Obtenido de https://es.slideshare.net/Betziale/revista-35143281?next_slideshow=1

Referencias electrónicas

Océano, G. (2013). *Manual de la Enfermería*. España: Oceano/centrum. Recuperado el 13 de 08 de 2020

PALACIOS-FONSECA, Cecilia, MsC. Técnicas y procedimientos para el cuidado de enfermería México: ECORFAN. Recuperado el 13 de 08 de 2020

Perry, P. (2013). *Fundamentos de Enfermería*. España: Elsevier. Recuperado el 13 de 08 de 2020

Orientaciones generales para el estudio

Estimados estudiantes les saluda la Lic. Erika León quiero darles la más cordial de las bienvenidas y felicitarlos por la excelente decisión de ser parte del Instituto José Chiriboga Grijalva, una institución que no solo se destaca por su calidad y excelencia académica sino por ser un espacio de inclusión, de tolerancia, de respeto, de responsabilidad.

El material bibliográfico que se utilizará durante este semestre es del autor Potter Perry y las diferentes fuentes bibliográficas encontradas en páginas virtuales.

Las técnicas utilizadas en el proceso de aprendizaje, clases presenciales participativas, talleres, trabajos grupales, exposiciones, aprendizaje colaborativo.

Debe hacer uso de la plataforma virtual del Instituto en la cual se enviará trabajos y también se realizará evaluaciones de temas de unidad en estudio.

La evaluación del aprendizaje se realiza a través de: Prueba objetiva de evaluación en cada parcial, Examen de logros de aprendizaje, organizador gráfico, ensayo, rúbricas, escalas de valoración.

**Proceso de enseñanza – aprendizaje para
el logro de resultados de aprendizaje**

Planificación del trabajo para el alumno

RESULTADOS DE APRENDIZAJE	CONTENIDOS	TIEMPO ESTIMADO (horas)	ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE	RECURSOS	EVALUACIÓN
1.Realiza la correcta selección de los recursos materiales, en el conocimiento de los diferentes controles en relación a la técnica a aplicar, y al procedimiento en sí mismo para la prevención y reconocimiento precoz de las complicaciones potenciales.	UNIDAD 1: TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS BASICOS DE ENFERMERIA 1.1 Fundamentos teóricos 1.2 Modelos	8	1. Clases expositiva, participativa. 2.- orientación para la ejecución del taller de fundamentación teórica	Pizarra, textos guía y complementario, Aula Virtual, internet, Tics, material digital e impreso.	Examen de logros de aprendizaje, pruebas de desarrollo, examen bimestral y tareas asignadas en cada unidad. Para lo cual se diseñará los instrumentos respectivos y se asignará la escala de valoración – evaluación.
2. Ejecuta correctamente las técnicas, causando las mínimas	UNIDAD 2: TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN LAS AFECCIONES	12	1. Clases expositiva, participativa y demostrativa.	Pizarra, textos guía y complementario, Aula Virtual, internet, Tics,	Examen de logros de aprendizaje, pruebas de desarrollo, examen bimestral y tareas asignadas en cada

molestias posibles al paciente.	RESPIRATORIAS Y CARDIOVASCULARES. 2.1. Oxigenoterapia 2.2. Fisioterapia respiratoria 2.3. Nebulizaciones 2.4. Manejo de drenajes		2.- orientación para la práctica.	material digital e impreso.	unidad. Para lo cual se diseñará los instrumentos respectivos y se asignará la escala de valoración – evaluación.
3. Aplica los cuidados protocolizados en relación a las afecciones de los diferentes sistemas del cuerpo humano, bajo la supervisión de la licenciada enfermera	UNIDAD 3: TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN LAS AFECCIONES NERVIOSO CENTRAL Y MÚSCULO-ESQUELÉTICAS 3.1. Cuidados al paciente encamado 3.2. Fisioterapia músculo-esquelética activa y pasiva 3.3. Manejo del dolor 3.4. Colocación de vendaje	20	1. Clases expositiva, participativa y demostrativa 2.- orientación para la práctica. 3. orientación para el estudio de caso	Pizarra, textos guía y complementario, Aula Virtual, internet, Tics, material digital e impreso.	Examen de logros de aprendizaje, pruebas de desarrollo, examen bimestral y tareas asignadas en cada unidad. Para lo cual se diseñará los instrumentos respectivos y se asignará la escala de valoración – evaluación.

	3.5. Cura de heridas 3.6. Manejo de úlceras por presión 3.7. Cura de quemaduras				
3. Aplica los cuidados protocolizados en relación a las afecciones de los diferentes sistemas del cuerpo humano, bajo la supervisión de la licenciada enfermera	UNIDAD 4: TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN LAS AFECCIONES GENITOURINARIAS Y GASTROINTESTINALES 4.1. Cateterismo vesical 4.2. Aseo perianal 4.3. Control de líquidos ingeridos y eliminados 4.4. Cateterismo nasogástrico y alimentación por gavage 4.5. Nutrición parenteral total y parcial 4.6. Colocación de enemas	22	1. Clases expositiva, participativa y demostrativa 2.- orientación para la práctica. 3. orientación para el estudio de caso	Pizarra, textos guía y complementario, Aula Virtual, internet, Tics, material digital e impreso.	Examen de logros de aprendizaje, pruebas de desarrollo, examen bimestral y tareas asignadas en cada unidad. Para lo cual se diseñará los instrumentos respectivos y se asignará la escala de valoración – evaluación.

	4.7. Cuidados de colostomía 4.8. Cuidados de pie diabético				
4. Ejecuta los procesos administrativos, asistenciales y de registro necesarios en las unidades médicas en el ámbito de su competencia.	UNIDAD 5 PROCESOS ADMINISTRATIVOS, ASISTENCIALES Y TÉCNICAS DE REGISTRO 5.1 Admisión, transferencia, referencia, 5.2 Interconsultas y alta del paciente: Normas y procedimientos Registros: • Historia clínica, • kardex, • reporte, • cambio de turno, • rondas de enfermería	6	1. Clases expositiva, participativa y participativa.	Pizarra, textos guía y complementario, Aula Virtual, internet, Tics, material digital e impreso.	Examen de logros de aprendizaje, pruebas de desarrollo, examen bimestral y tareas asignadas en cada unidad. Para lo cual se diseñará los instrumentos respectivos y se asignará la escala de valoración – evaluación.
5. Se interesa por satisfacer las necesidades humanas del ser en la atención de enfermería.	Importancia de la actitud del personal de enfermería durante el Proceso Enfermero.	4	Sistematización del proyecto	Pizarra, textos guía y complementario, Aula Virtual, internet, Tics, material digital e impreso.	Examen de logros de aprendizaje, pruebas de desarrollo, examen bimestral y tareas asignadas en cada unidad. Para lo cual se diseñará los instrumentos respectivos

					y se asignará la escala de valoración – evaluación.
--	--	--	--	--	--

Sistema de evaluación

La calificación en cada bimestre resultará del promedio de: tres aportes provenientes de las diferentes tareas y pruebas de desarrollo generadas por los estudiantes más el trabajo de investigación y más la evaluación de fin de bimestre. La calificación promedio (valor de la parcial) en cada bimestre que contenga décimas de punto serán calculadas por el sistema académico hasta con dos decimales.

Al finalizar el período académico el estudiante deberá rendir un examen de logros de aprendizaje también valorado sobre 10 puntos que se consigna en el sistema académico con no más de dos decimales. Así mismo se registrar en el mismo sistema el porcentaje de asistencia de cada estudiante

Orientaciones específicas por unidades

Unidad 1: técnicas y procedimientos básicos de enfermería



UNIDAD 1: TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

1.1 Fundamentos teóricos

1.2 Modelos

Fundamentos teóricos

El núcleo disciplinar de enfermería es el cuidado de las personas, familia y comunidad, miradas desde un punto de vista contextual, por lo tanto, el cuerpo de conocimientos se relaciona con éste.

Las teorías y modelos son consideradas como una "carta de navegación" para la práctica. Refuerzan la identidad de los profesionales de enfermería al crear un pensamiento y un lenguaje compartido entre quienes las aplican; favorecen la gestión del cuidado de forma sustentada y efectiva; fortalecen la importancia del ser humano como centro de atención para el cuidado y, de esta manera, permiten identificar con mayor claridad cuál es la contribución profesional que realizamos a los servicios de salud. Por lo tanto, los fundamentos teóricos son herramientas ineludibles para el razonamiento, el pensamiento crítico y generación de innovaciones en el cuidado. Apoyan a que los profesionales de enfermería puedan emplear y manejar toda la información acerca del paciente, pues facilitan la valoración, planificación y evaluación de los resultados de lo que hacemos.

La construcción, aplicación y renovación de estas bases teóricas de enfermería generan el avance de nuestra disciplina.

Modelos

Las teorías y modelos conceptuales no son realmente nuevas para la enfermería, han existido desde que Nightingale en 1859 propuso por primera vez sus ideas acerca de la enfermería.

¿Qué entendemos por metaparadigma? Son los conceptos globales del fenómeno de interés de la disciplina de enfermería; Persona, Salud, entorno y enfermería, los cuales han sido conceptualizados de manera diferente por distintas enfermeras para dar lugar a la generación de modelos conceptuales.

Las teorías son un conjunto de conceptos interrelacionados que permiten describir, explicar y predecir el fenómeno de interés para la disciplina, por lo tanto, se convierten en un elemento indispensable para la práctica profesional, ya que facilitan la forma de describir y explicar y predecir el fenómeno del cuidado.

Tanto los modelos conceptuales como las teorías están elaboradas por conceptos y Fawcett (1996) los define como palabras que describen imágenes mentales de los fenómenos, no se limitan a un grupo, situación e individuo en particular, son generales, estos se relacionan para explicar distintos fenómenos de interés para la disciplina como lo hicieron: Orem sobre el déficit de autocuidado, Roy; adaptación y estímulo, Henderson; Necesidades básicas, Pender; Conducta promotora de salud y Neuman; Estresores.

Actividades de la unidad

1. Elaboración de mapa conceptual principales teorizantes.

Autoevaluación

Unidad 1: técnicas y procedimientos básicos de enfermería

De las siguientes funciones, indicar cuál no lo es de la enfermería:

- a. Fomentar la salud
- b. Tratar las enfermedades
- c. Educar en el auto cuidado
- d. Planificar cuidados

El modelo de cuidados de Dorotea Orem, se fundamenta:

- a. Las formas en que el ser humano cubre sus necesidades básicas
- b. La forma en que el individuo cubre, conscientemente, sus necesidades básicas
- c. La forma instintiva de cubrir el individuo sus necesidades
- d. Dorotea Orem no dijo nada en cuanto a las necesidades

El modelo de los sistemas, corresponde a:

- a.- Madeleine M. Leininger
- b.- Ida Jean Orlando
- c.- Nancy Ropper
- d.- Betty Neuman

El metaparadigma de enfermería, aborda y desarrolla los siguientes conceptos fundamentales comunes:

- a.- Humanización de la asistencia, y aspectos técnicos
- b.- Pacientes, familiares y sanitarios.
- c.- Persona, ambiente, salud y cuidados de enfermería
- d.- Salud, enfermedad y persona.

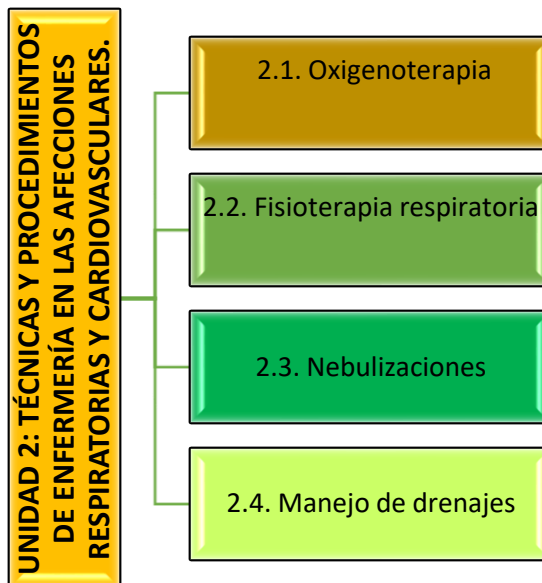
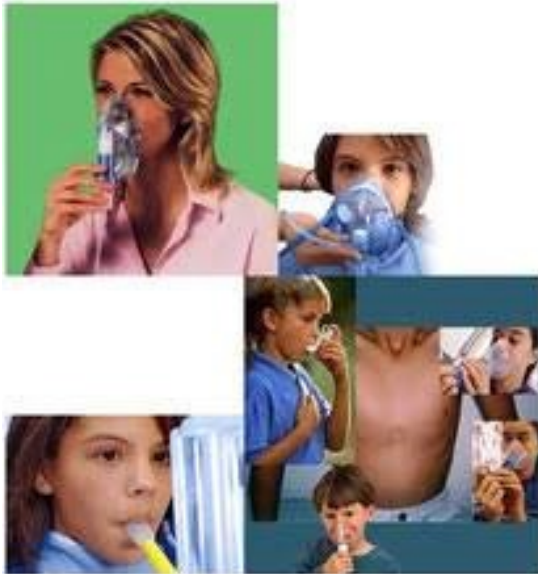
No son cuidados que se prestarían dentro de un modelo de enfermería:

- a.- Cuidados informales
- b.- Cuidados de estimulación

c.- Cuidados de compensación

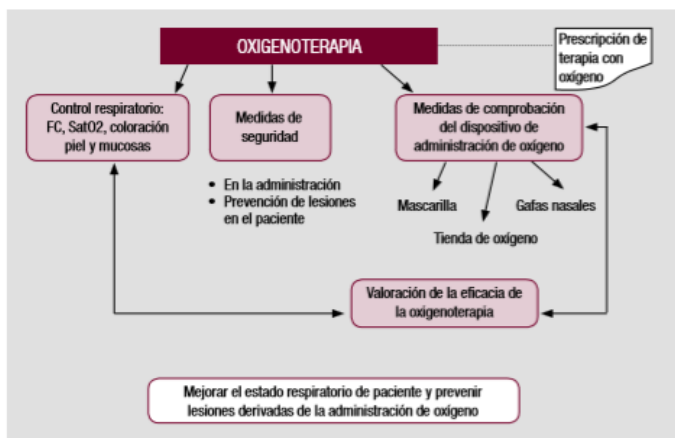
d.- Cuidados de sosiego

Unidad 2: técnicas y procedimientos de enfermería en las afecciones respiratorias y cardiovasculares.



Oxigenoterapia

MAPA CONCEPTUAL: OXÍGENOTERAPIA



La Oxigenoterapia es la administración de oxígeno a una concentración mayor de la que se encuentra en el aire ambiental, con el fin de aumentar la concentración de oxígeno en sangre y prevenir lesiones por hipoxia. Generalmente la pauta un médico, pero los enfermeros estamos capacitados para valorar si un paciente necesita o no de este tratamiento. Para valorar la concentración de oxígeno en sangre usaremos un pulsioxímetro o realizaremos una gasometría arterial por prescripción médica.

Fisioterapia respiratoria

Es la modalidad fisioterápica encargada de la valoración y aplicación de técnicas y procedimientos que previenen, estabilizan y curan las afecciones del sistema respiratorio.

Su objetivo principal es optimizar la función respiratoria, y mejorar la calidad de vida del paciente. Mediante la reducción del trabajo

respiratorio, facilitación de la eliminación de secreciones, reeducación del patrón ventilatorio, mejora del intercambio gaseoso, aumento de la movilidad de la caja torácica, y mejora la musculatura respiratoria permitiendo una mayor tolerancia al ejercicio.

Nebulizaciones

Nebulización es el acto y el resultado de nebulizar: hacer que un líquido se convierta en una especie de nube de partículas muy pequeñas. Se trata de una práctica médica habitual para el tratamiento de problemas respiratorios.

En el marco de la medicina, la nebulización consiste en suministrar una sustancia terapéutica o un fármaco en combinación con una solución salina u otro medio líquido. Gracias al uso de oxígeno o de otro gas, se crea un vapor que el paciente debe inhalar.

Manejo de drenajes

Los drenajes se presentan como tubos u otros dispositivos que se introducen de forma invasiva en distintas zonas del cuerpo humano donde se han quedado acumulado líquidos o gases con el fin de ayudar a expulsarlo al exterior u otro dispositivo apropiado.

La retención de líquidos o gases pueden ser provocados por abscesos, traumatismos o propia de la misma intervención quirúrgica para expulsar dicho contenido.

Actividades de la unidad

1. Lectura analítica oxigenoterapia

Autoevaluación

Unidad 2: técnicas y procedimientos de enfermería en las afecciones respiratorias y cardiovasculares.

El oxígeno se transporta en sangre unido a:

- a.- La carboxihemoglobina
- b.- La oxihemoglobina
- c.- Los eritrocitos
- d.- La hemoglobina

La prueba que estudia la función respiratoria se llama.

- a.- Endoscopia
- b.- Broncoscopia
- c.- Espirometría
- d.- Fibrobroncoscopia

¿Qué es un ambú?

- a.- Un aparato para medir la presión arterial
- b.- Un instrumento de medición de la presión venosa central
- c.- Un instrumento utilizado para cortar las hemorragias
- d.- Un aparato para realizar la respiración artificial

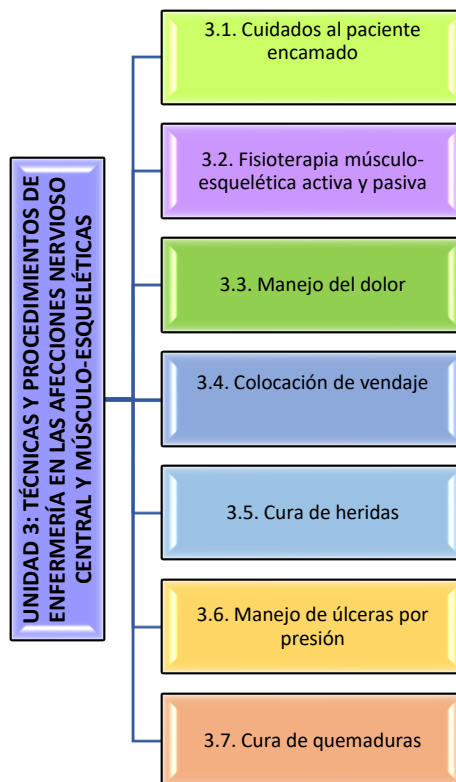
¿Cuál es el tipo de oxígeno que se administra en la oxigenoterapia?

- a.- Oxígeno enriquecido con agua
- b.- Aire puro
- c.- Aire enriquecido con oxígeno
- d.- Oxígeno puro

¿Cómo se llama el dispositivo utilizado para disminuir la presión dentro de la fuente de oxígeno y administrarlo con ello al paciente?

- a.- Barómetro
- b.- Caudalímetro
- c.- Humidificador
- d.- Manómetro

Unidad 3: técnicas y procedimientos de enfermería en las afecciones nervioso central y músculo-esqueléticas



Cuidados del paciente encamado

Los cuidados de enfermería en un paciente encamado están encaminados a prevenir la seguridad, fomentar la comodidad y a la prevención de complicaciones en el paciente que no puede levantarse de la cama.

Procedimiento sobre el paciente encamado:

- Explicar al paciente o al cuidador las razones del reposo en cama.
- Colocar al paciente con una alineación corporal correcta.
- Mantener la ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas.
- Utilizar dispositivos en la cama que protejan al paciente.
- Cambiar de posición al paciente según indique el estado de la piel.
- Vigilar el estado de la piel.
- Enseñar al paciente ejercicios de cama.
- Realizar aseo cada 24 horas.

Fisioterapia músculo-esquelética activa y pasiva

En Fisioterapia se realiza aplicación de agentes físicos para prevenir y tratar lesiones y patologías. Hay parte pasiva en el tratamiento (vendaje, masaje, calor, corrientes, movilizaciones...) y parte activa (ejercicios y movimientos).

Características del tratamiento pasivo y del activo

Por tratamiento pasivo entendemos las técnicas que se realizan sin necesidad de movimiento voluntario del paciente. Si hay

movimiento, es el fisioterapeuta el que moviliza o coloca los segmentos corporales, mientras que el paciente colabora pero no tiene que participar.

Serían técnicas como aplicación, aplicación de corrientes analgésicas o electroestimulación, técnica EPI, punción seca, masaje, movilizaciones, manipulaciones, aplicación de frío o calor con fines terapéuticos...

En el tratamiento activo, se suelen realizar ejercicios o maniobras que implican la participación del paciente, que es el que realiza el movimiento. Por lo tanto, se requiere aprendizaje y participación del paciente, tanto a nivel físico (realizar el movimiento, mantener la correcta postura...) como a nivel mental (aprender el ejercicio y las correcciones, repetirlo según las indicaciones...)

Manejo del dolor

Dolor: Es experiencia sensorial y emocional desagradable que obedece a una lesión física real o potencial y es la causa que con mayor frecuencia ocasiona que dos personas soliciten servicios asistenciales.

El dolor se origina con muchas enfermedades, algunas pruebas diagnósticas y tratamientos, además de que incapacita y angustia a más personas que cualquier enfermedad. Puesto que las enfermeras pasan más tiempo con el paciente que experimenta el dolor que otros profesionales de la salud, necesitan entender sus bases fisiológicas, las consecuencias fisiológicas y psicológicas del dolor agudo y crónico, y los métodos utilizados para su tratamiento. Las enfermeras encuentran a pacientes con dolor en diversos ambientes

lo que incluye cuidados agudos, pacientes externos y centros para atención prolongada, así como el hogar. Por tanto, deben contar con los conocimientos y habilidades necesarios para valorar el dolor y sus efectos sobre el individuo, implementar estrategias que lo alivien y valorar la efectividad de dichas estrategias sin importar el ambiente.

Colocación de vendaje

El vendaje es el arte de envolver un miembro o región del cuerpo mediante vendas, gasas, lienzos o materiales similares.

Este procedimiento podremos realizarlo por distintos fines, que son:

- Limitar el movimiento de una articulación afectada.
- Fijar apósitos.
- Fijar férulas para impedir su desplazamiento.
- Aislar heridas.
- Ejercer presión en una parte del cuerpo.
- Favorecer el retorno venoso.
- Facilitar sostén a alguna parte del cuerpo.
- Moldear zonas del cuerpo como muñones tras una amputación.

Cura de heridas

Se define herida como la pérdida de solución de continuidad o un tejido o la separación de las siguientes estructuras: piel, fascias, músculo, hueso, tendones, y vasos sanguíneos. Se consideran también como heridas, los lugares del cuerpo por donde se

introducen tubos o catéteres, o cualquier elemento que rompa o perfora la piel, ya que cuando esto ocurre, existe el riesgo de que microorganismos se introduzcan y provoquen infecciones. Cuanto más profunda y más grande sea una herida y cuánto más sucia esté, más cuidados necesitará

La curación de heridas es también un tema muy complejo ya que tiene en cuenta diferentes aspectos tratando de tomar al paciente como un ser integral. Previo a la curación se debe procurar el máximo de alivio del dolor provocado por ésta.

Manejo de úlceras por presión

El índice de úlceras por presión (UPP) es uno de los indicadores de calidad más representativos de los cuidados de enfermería, dado que la aparición de UPP es una complicación frecuente e importante que ocasiona un impacto negativo en la salud del individuo, además de producir una prolongada estancia Hospitalaria y aumento de los costos de tratamiento.

Las UPP son en su mayoría prevenibles y en un 95% evitables, por lo que reviste de mucha importancia contar con una guía de cuidados que unifique los criterios de actuación del personal de enfermería, protocolizando acciones para una mejor prevención, valoración de la lesión y tratamiento con base en las mejores evidencias científicas disponibles.

Las UPP constituyen un serio problema con trascendencia socioeconómica importante ya que su desarrollo da lugar a un gran deterioro a la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, pero

también ocasionan una sobrecarga asistencial y un aumento de costes a los servicios de salud.

Cura de quemaduras

Las quemaduras son lesiones físicas de la piel que pueden involucrar otros tejidos y donde no intervienen fuerzas mecánicas, sino que son generadas por agentes físicos y ocasionalmente químicos, con extensión y profundidad variable.

Sus características principales son la desnaturalización proteica, la destrucción celular y la abolición de su metabolismo, lo que provoca la pérdida de continuidad en la piel.

Objetivos

- Garantizar una atención adecuada
- Aliviar los síntomas
- Promover la cicatrización de las heridas
- Prevenir las complicaciones (infección, cicatrices)
- Prevenir el tétanos.

Actividades de la unidad

1. Investigación sobre cuidado de heridas y quemaduras

Autoevaluación

Unidad 3: técnicas y procedimientos de enfermería en las afecciones nervioso central y músculo-esqueléticas

Uno de estos vendajes no se realiza mediante vendas

- a.- Cruzado
- b.- En ocho
- c.- Triangular
- d.- Espiral

¿Cuál es el hueso que se lesiona más frecuentemente en una fractura por compresión?

- a.- Tibia
- b.- Peroné
- c.- Huesos craneales
- d.- Vértebra

A la pérdida de conciencia que se acompaña de abolición de la sensibilidad y motilidad voluntaria, se le denomina:

- a.- Estupor
- b.- Coma

- c.- Síncope
- d.- Lipotimia

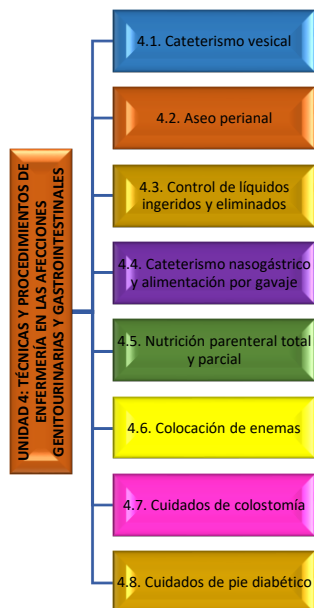
En la limpieza de las heridas abiertas con pérdida de tejido se usará:

- a.- Un antiséptico
- b.- Suero fisiológico
- c.- Pomada de colágeno
- d.- Apósito hidrocoloide

Indicar cuáles de las siguientes son funciones de un vendaje:

- a.- Para fijación de aparatos de tracción
- b.- Mantener la asepsia de la zona
- c.- Contención de hemorragias mediante presión
- d.- Todas las anteriores son correctas

Unidad 4: técnicas y procedimientos de enfermería en las afecciones genitourinarias y gastrointestinales



Cateterismo vesical

Es un tubo delgado y flexible que se introduce a través de la uretra hasta la vejiga para la evacuación continua de la orina, fijada por un globo.

El cambio de la bolsa se realizará cada 4-5 días. Mantener la bolsa por debajo del nivel de la cintura, para evitar reflujo de la orina hacia la vejiga. Evitar tirar de la sonda. Cambiar la colocación de la bolsa para evitar que la sonda esté siempre en contacto con la misma zona.

Aseo perianal

Proporcionar conocimientos para mantener limpia la región perineal, evitar infecciones y favorecer el confort del paciente. Conjunto de actividades encaminadas a mantener la higiene del perineo y los genitales, como parte del aseo diario y siempre que se precise.

Objetivos específicos:

- 1.- Evitar la proliferación de gérmenes patógenos. (Prevenir infecciones)
- 2.- Eliminar secreciones uretrales, rectales o genitales. (Irritantes y malolientes)
- 3.- Preparar a la paciente para exámenes y tratamientos especiales (examen vaginal, aplicación de óvulos o cremas vaginales)
- 4.- Brindar comodidad y bienestar al evitar irritación de vulva y región perineal.

Consideraciones generales:

- Este procedimiento es un requisito previo a la administración o medicación por vía vaginal, a un cateterismo vesical, o previo.
- Enjuagar a chorro con suero fisiológico o agua.
- Verter solución antiséptica y/o iodine sobre los genitales.
- Realizar las notas de

enfermería en el expediente clínico, describiendo el estado de genitales externos y la presencia de secreciones sus características.

-

Control de líquidos ingeridos y eliminados

Los líquidos y electrolitos se encuentran en el organismo en un estado de equilibrio dinámico que exige una composición estable de los diversos elementos que son esenciales para conservar la vida. El cuerpo humano está constituido por agua en un 50 a 70% del peso corporal, en dos compartimientos: Intracelular, distribuido en un 50% y extracelular, en un 20%, a su vez éste se subdivide, quedando en el espacio intersticial 15%, y 5% se encuentra en el espacio intravascular en forma de plasma. En cuanto a los electrolitos están en ambos compartimientos, pero principalmente en el extracelular: Sodio, calcio y cloro. Los intracelulares: Potasio, magnesio fosfato y sulfato. Los electrolitos poseen una carga eléctrica y se clasifican en aniones, los de carga + y cationes los de carga -, cuando éstos se ionizan (atraen sus cargas + y - se combinan formando compuestos neutros) o se disocian (se separan recuperando su carga eléctrica) se denominan iones. El balance de líquidos está regulado a través de los riñones, pulmones, piel, glándulas suprarrenales, hipófisis y tracto gastrointestinal a través de las ganancias y pérdidas de agua que se originan diariamente. El riñón también interviene en el equilibrio ácido-base, regulando la concentración plasmática del bicarbonato. El desequilibrio o alteraciones de los líquidos y electrolitos pueden originarse por un estado patológico preexistente o un episodio

traumático inesperado o súbito, como diarrea, vómito, disminución o privación de la ingesta de líquidos, succión gástrica, quemaduras, fiebre, hiperventilación, entre otras. El indicador para determinar las condiciones hídricas de un paciente es a través del balance de líquidos, para lo cual se tendrán que considerar los ingresos y egresos, incluyendo las pérdidas insensibles. La responsabilidad del personal de enfermería para contribuir a mantener un equilibrio de líquidos en el organismo del paciente es preponderante, ya que depende primordialmente de la precisión con la cual realice este procedimiento, que repercutirá en el tratamiento y recuperación de su paciente.

Cateterismo nasogástrico y alimentación por gavage

El sondaje nasogástrico es una técnica invasiva que consiste en la inserción de una sonda o tubo flexible de plástico a través del orificio nasal o de la boca hasta el estómago. Este procedimiento tiene varios fines que son:

- Administración de nutrición enteral e hidratación.
- Administración de medicación.
- Aspiración o drenaje de contenido gástrico.
- Lavado de estómago.

Esta técnica la podría realizar individualmente un enfermero/a que estuviera entrenado para ello, pero lo ideal es que sea una tarea conjunta con el auxiliar de enfermería.

La alimentación por gavaje no es más que la introducción de alimentos líquidos o licuados por una sonda que pasa a través de las fosas nasales o por la boca hasta el estómago.

Resulta de vital importancia que el personal de enfermería domine con la debida habilidad y destreza la técnica de la alimentación por gavaje a fin de que lejos de producir los beneficios que está llamado a obtener el paciente con la administración de los alimentos por dicha vía, y que no le provoque un daño o iatrogenia por una mala aplicación de la técnica o procedimiento.

Nutrición parenteral total y parcial

La nutrición parenteral se administra, por definición, por vía intravenosa. Nutrición parenteral parcial: suministra sólo parte de los requerimientos nutricionales diarios, apoyando la ingesta oral. Muchos pacientes internados reciben dextrosa o soluciones de aminoácidos mediante este método.

En la nutrición parenteral parcial (NPP) o nutrición parenteral periférica, la concentración de dextrosa es menor para proporcionar una fórmula que sea menos hiperosmolar, (osmolaridad 900 mOsm/l para evitar la trombosis venosa.

En la nutrición parenteral total (NPT) o nutrición parenteral central también se menciona a esta terapéutica como hiperalimentación.

Objetivo de la nutrición parenteral

- Proporcionar una cantidad y calidad suficiente de sustancias nutritivas por vía intravenosa, para llevar a cabo los procesos anabólicos y promover el aumento de peso en algunos casos.

- Mantener un balance positivo de líquidos y nitrógeno.
- Mantener la masa muscular y proporcionar calorías para las demandas metabólicas.

Colocación de enemas

El colon del adulto mide de 125 a 150 cm de longitud y está constituido por: El ciego, colon ascendente, transverso, descendente, colon sigmoideo recto y ano. Las principales funciones del colon son reabsorber agua y sodio, y almacenar los residuos de la digestión y eliminación fecal. El peristaltismo es un movimiento ondulante producido por las fibras musculares circulares y longitudinales de las paredes intestinales. La hipomotilidad intestinal puede deberse a estimulación directa o bloqueo del sistema nervioso autónomo, debilidad de los músculos intestinales y algunos medicamentos como la codeína, morfina, adrenérgicos y anticolinérgicos, que al relajar los músculos lisos de las vías gastrointestinales inhiben el peristaltismo. En la disminución del peristaltismo, influyen factores como la dieta baja en fibras, ingesta de líquidos insuficientes, vida sedentaria, en los ancianos la debilidad muscular y tono del esfínter disminuido y/o presencia de algunos procesos patológicos. Todos estos factores vuelven más lenta la propulsión de heces a través de las vías intestinales inferiores, ocasionando estreñimiento, impactación fecal y obstrucción. La observación de la enfermera (o) es primordial, ya que el estreñimiento puede generar, por el esfuerzo durante la defecación, que se abran las suturas, especialmente las realizadas a nivel perineal, en pacientes cardiopatas o con lesiones

cerebrales que pueden conllevar a serias complicaciones. Para promover la defecación suele indicarse la aplicación de un enema evacuante.

Cuidados de colostomía

Una colostomía es una abertura creada quirúrgicamente en el intestino grueso (colon), a través de la pared abdominal. Esto resulta en un cambio de la función corporal normal para permitir la eliminación del contenido intestinal después de la enfermedad o lesión. La cirugía de colostomía es realizada para diferentes enfermedades y padecimientos. Algunas colostomías se realizan debido a malignidad (cáncer). En niños, pueden ser realizadas debido a defectos de nacimiento. Las colostomías pueden ser temporeras o permanentes. Algunas colostomías parecen ser grandes, otras más pequeñas; algunas están en el lado izquierdo del abdomen, otras en el lado derecho, y otras en medio.

Cuidados de pie diabético

La mayoría de los problemas de pie que enfrentan las personas con diabetes surgen a raíz de dos complicaciones serias de la enfermedad: daño de los nervios y mala circulación. La falta de sensibilidad y el flujo de sangre reducido permiten que una ampolla pequeña avance hasta convertirse en una infección seria en cuestión de días. El daño crónico de los nervios (neuropatía) puede causar piel seca y agrietada, lo que da una oportunidad para que las bacterias ingresen y causen infección.

Las consecuencias pueden ir desde la hospitalización para administrar antibióticos a la amputación de un dedo del pie o del

pie completo. Para las personas con diabetes, la inspección diaria y cuidadosa del pie es esencial para la salud general y la prevención de problemas que dañan el pie.

Actividades de la unidad

1. replica de contenido teórico sobre cateterismo vesical nasogástrico y alimentación por gavage.

Autoevaluación

¿A qué velocidad se debe administrar la alimentación por sonda?

- a.- Muy deprisa
- b.- Deprisa
- c.- Lentamente
- d.- Muy lentamente

Cuando nos referimos a un enfermo con incontinencia es que.

- a.- Tiene hemorragias digestivas
- b.- No controla sus micciones
- c.- No tiene apetito
- d.- Tiene líquidos en la cavidad pleural

Indicar cual es la función de un enema:

- a.- Introducción de medicación por vía rectal
- b.- Como alivio del estreñimiento
- c.- Limpieza del intestino grueso antes de una exploración radiológica
- d.- Todas las anteriores son correctas

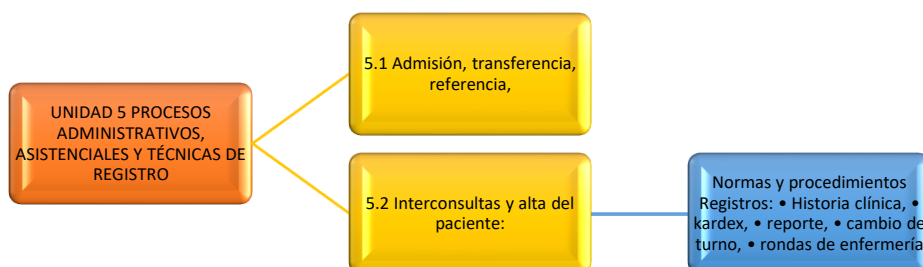
Si envían una muestra de orina al laboratorio de microbiología, ¿qué tipo de prueba pedirían?

- a.- Hemocultivo
- b.- Coprocultivo
- c.- Urocultivo
- d.- Cualquiera de las anteriores

¿Por qué motivo después de administrar una alimentación por sonda nasogástrica a un paciente, se recomienda inyectar 30 ml. de agua a través de la sonda?

- a.- Para una correcta hidratación del enfermo
- b.- Para que todo el contenido alimenticio llegue al aparato digestivo
- c.- Para evitar obstrucciones de la sonda
- d.- No debe pasarse agua a través de la sonda

Unidad 5 procesos administrativos, asistenciales y técnicas de registro



Admisión, transferencia, referencia

Es el proceso de recepción del paciente al servicio de hospitalización, porque requiere servicios por diferentes situaciones de salud. Es responsabilidad compartida del personal administrativo y del personal de salud.

Es una etapa crítica en el paciente, pues además de sentirse enfermo, debe cambiar su medio ambiente a uno totalmente desconocido, incluyendo personas, mobiliario, términos y costumbres. Es importante entonces las actitudes del personal que lo recibe para que el impacto sea menor, orientándolo al ambiente hospitalario, estableciendo relaciones interpersonales con el paciente y su familia.

Tipos de Admisión

1) Ingreso Programado: El paciente requiere asistencia hospitalaria, previo control de su padecimiento. Por lo que el paciente ha pasado por los servicios de consulta externa donde se le deriva a hospitalización.

2) Ingreso por Urgencias: El paciente requiere de asistencia inmediata debido a la aparición brusca de un padecimiento agudo o por accidente.

Objetivos:

- Acoger al paciente en el servicio de una forma comprensiva y amistosa.
- Facilitar la adaptación del paciente en el ambiente hospitalario.
- Lograr que el paciente obtenga seguridad y confianza, durante la admisión y toda su estancia en el servicio de hospitalización.
- Realizar medidas diagnosticas primarias.
- Establecer comunicación directa y adecuada con el paciente y su familia

Transferencia

Es el cambio del paciente de un servicio a otro o de un hospital a otro. Ésta se puede darse por tratamiento, por ubicación definitiva o por diagnóstico.

Referencia

El sistema de Referencia y Contrareferencia se define como el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios.

Interconsultas y alta del paciente

Las interconsultas hospitalarias (ICh) constituyen un servicio que se ofrece de unas especialidades médicas a otras con la función de ayudar a resolver las complicaciones de los pacientes ingresados en las distintas unidades del hospital.

Alta

Es la salida del paciente de la unidad hospitalaria. Puede ser luego de finalizar el tratamiento completo o antes, a solicitud del paciente.

Objetivos:

El objetivo del alta es que el paciente regrese a su hogar en las mejores condiciones posibles. Además de vincularlo con los consultorios externos del mismo hospital o de otras instituciones de salud.

Principios:

La preparación psicológica del paciente a su salida del hospital facilita el reingreso a la vida diaria.

El planeamiento de alta con unos días de anticipación disminuye la ansiedad del paciente frente a este cambio brusco.

Equipo: Puede ser una silla de ruedas o una camilla, aunque lo ideal es que el paciente salga caminando por sus propios medios.

Actividades de la unidad

1. manejo de historia clínica.

Autoevaluación

Antes de empezar la aplicación de cualquier protocolo de enfermería se debe:

- a.- Anotar lo que se va a realizar en la gráfica y explicar el procedimiento al paciente
- b.- Preparar el equipo necesario, lavarse las manos y explicar el procedimiento al paciente
- c.- Lavarse las manos, pedir a otro compañero que prepare el equipo y anotar en la gráfica
- d.- Tener preparado el equipo lo antes posible y dar la información al paciente a su ingreso

¿Cómo se llama el comentario final con que se cierra una historia clínica y que representa el juicio del médico?

- a.- Epílogo
- b.- Epicrisis
- c.- Anamnesis
- d.- Epitafio

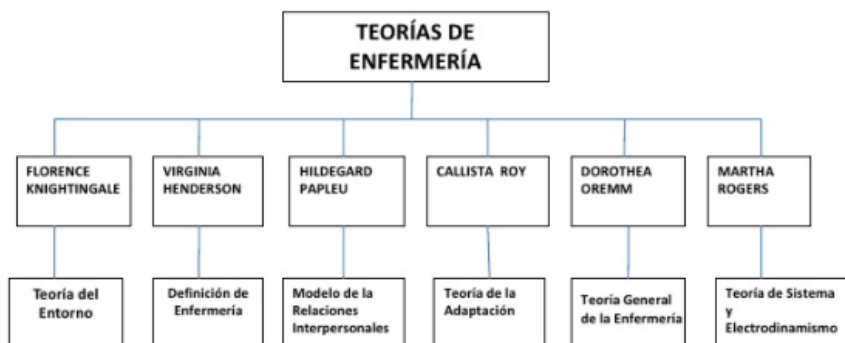
El usuario tiene derecho a:

- a.- Solicitar los datos de la historia clínica
- b.- Solicitar sólo las pruebas complementarias
- c.- Solicitar y obtener los datos de la historia clínica
- d.- Todas son ciertas

Solucionario

Solucionario a las actividades

UNIDAD 1



UNIDAD II

OXIGENOTERAPIA

Dispositivos para la administración de oxígeno

Introducción

La Oxigenoterapia es la administración de oxígeno a una concentración mayor de la que se encuentra en el aire ambiental, con el fin de aumentar la concentración de oxígeno en sangre y prevenir lesiones por hipoxia. Generalmente la pauta un médico, pero los enfermeros estamos capacitados para valorar si un paciente necesita o no de este tratamiento. Para valorar la concentración de oxígeno en sangre usaremos un pulsioxímetro o realizaremos una gasometría arterial por prescripción médica.

Terminología

Hay términos que deberíamos conocer para un correcto uso de esta técnica y son:

FiO₂

Fracción inspirada de oxígeno, expresada en concentración y se mide en porcentaje. En el caso del aire ambiental la FiO₂ es del 21%.

Hipoxia

Es el déficit de oxígeno en los tejidos.

Flujo

Cantidad de gas administrado, medido en litros por minuto.

Insuficiencia respiratoria

Incapacidad de mantener niveles adecuados de oxígeno y dióxido de carbono.

Dispositivos

Es muy importante que cuando administremos oxígeno lo hagamos con el flujo adecuado y con el dispositivo adecuado por lo que distinguiremos entre los sistemas de bajo y alto flujo.

De bajo flujo

No nos permiten administrar una concentración exacta de oxígeno, se regula por la cantidad de litros por minuto. Son:

Gafas nasales: Constan de dos pequeñas cánulas que se introducen por ambos orificios nasales, lo normal es que administremos de 2-4 litros por minuto. Las usaremos en aquellos pacientes que no revistan gravedad. Son más cómodas de usar que otros dispositivos como las mascarillas. La FiO₂ oscila entre el 24-40%.

Mascarilla facial simple: Dispositivo de plástico blando que cubre boca y nariz, posee orificios laterales que permiten la salida del aire espirado. El flujo a administrar oscila entre los 5-8 litros, la FiO₂ oscila entre el 40-60%. Debe adaptarse bien a la nariz por una banda metálica maleable para evitar fugas, la ajustaremos a la cabeza mediante una banda elástica.

Mascarilla con reservorio: Dentro de los sistemas de bajo flujo, es la que más concentración de oxígeno proporciona. Se trata de una mascarilla facial simple con una bolsa de reservorio en su extremo inferior, esta bolsa tiene una capacidad de unos 700ml aproximadamente. El flujo que administremos puede ir de 6-10 litros y la FiO₂ oscilará entre el 60-99%.

De alto flujo

Nos permiten administrar oxígeno a diferentes concentraciones, correspondiendo a cada concentración una cantidad determinada de litros por minuto.

Son:

Mascarilla venturi (Ventimask): permite la administración de una concentración exacta de oxígeno, permitiendo niveles de FiO₂ de entre el 24-50%, con una cantidad de litros por minuto que oscila entre 3-15 litros. Este sistema sigue el principio de Bernoulli, es decir, el dispositivo mezcla el oxígeno con el aire ambiental a través de orificios de distinto diámetro.

Mascarillas para aerosoles nebulizados: éstas nos permiten que administremos al paciente fármacos broncodilatadores que se inhalan con la inspiración. Tienen un depósito reservorio donde

introduciremos el medicamento mezclado con 3 o 4 cc suero fisiológico. El flujo al que se administra suele ir entre los 6-8 litros y tiene una duración de unos quince minutos aproximadamente. Los aerosoles nebulizados también los podemos administrar sin medicamentos, es decir, sólo con suero fisiológico, siendo muy efectivo para los pacientes con disnea.

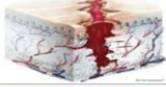
UNIDAD III

“CURACION DE HERIDAS”

CORTE



DESGARROS



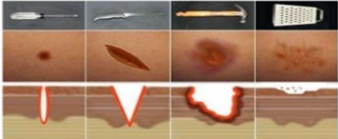
ABRASIONES



QUEMADURA



Herida.



Es una interrupción de la solución de continuidad de la piel, con o sin pérdida de sustancia, frecuentemente de origen traumático.

CLASIFICACION.-

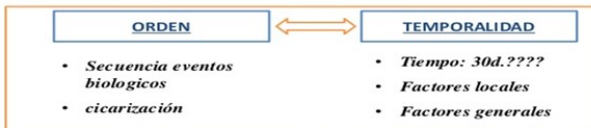
Por causa:

- I. **Mecánica**
 - Contusa
 - Por abrasión
 - Incisa
- II. **Térmica**
- III. **Química**

Por evolución:

- I. **Agudas**
 - Quirúrgica
 - Traumáticas
 - Quemaduras
- II. **Crónicas**
 - Úlceras
 - Heridas agudas complicadas

diferente etiología



HERIDA AGUDA



- Proceso de reparación ordenado.
- Tiempo adecuado.
- Restaura integridad anatómica y funcional.

HERIDA CRONICA



- No sigue un proceso de reparación ordenado
- No restaura la integridad anatómica y funcional

ASEPSIA - ANTISEPSIA



MATERIALES



EQUIPO DE CURACION



Pinza kelly, pinza dientes de raton, tijera mayo, apositos, gasas, torundas.

PROCEDIMIENTO



UNIDAD IV

la que debes saber sobre el

SONDAGE VESICAL

©CREATIVA_NURSE

¿EN QUÉ CONSISTE?

Técnica invasiva que consiste en introducir una sonda a través del meato urinario hasta la vejiga

¿CUÁNDO CAMBIAR LA SONDA?

Cuando existan problemas mecánicos como obstrucción, incrustaciones o drenaje escaso

En función del material de la sonda

LÁTEX

1 SEMANA

⚠ Consultar las recomendaciones del fabricante

PVC

2 SEMANAS

SILICONA

30 DÍAS

TIPOS DE TÉCNICA

Técnicas de inserción del catéter según la EAUN (European Association of Urology Nurses)

ESTÉRIL

La usada en quirófano

ASÉPTICA

La usada por personal sanitario

LIMPIA

La usada por paciente o cuidador en domicilio

CÓMO TOMAR MUESTRAS

Se obtienen mediante técnica aséptica

Para volúmenes pequeños utilizar la válvula

Desinfectar la válvula y aspirar con jeringa estéril

Los urocultivos NO deben ser recogidos de la BOLSA

Enviar al laboratorio la muestra recogida lo antes posible, si no es posible conservar en nevera a 4°C

CONSERVAR A 4°C

CONTRAINDICACIONES

- Cuando existen heridas en uretra asociada a trauma pélvico
- Sospecha rotura uretral
- Prostatitis aguda
- Presencia de sangre en meato o hematuria franca asociada a trauma
- Estenosis uretral
- Cirugía reciente del tracto urinario

TIPOS DE SONDAJE

SONDAJE PERMANENTE

de **larga** duración

>30 días

SONDAJE INTERMITENTE O EVACUADOR

de **corta** duración

<30 días

El catéter se retira una vez vaciada la vejiga

TIPOS DE DRENAJE

SISTEMA DE DRENAJE CERRADO

SISTEMA DE DRENAJE ABIERTO

CAMBIO DE BOLSA

¿Cuándo se cambia la bolsa?

- Desconexión accidental sonda-bolsa
- Rotura o fugas
- Acumulación de sedimento
- Olor desagradable

FUENTE: Mollat-Chaput, L., Nando-Rubio, R., Sánchez-González, J.C., Arango-Gómez, R., Gómez-Pardo, T., Mugaña-Esteban, A., Aguirre-Ramírez, R., 2016. 2013. Protocolo de sondaje vesical. Una inserción, mantenimiento y retirada. Enferm. 126, 4-15.

MANEJO DE URTERO L. GARCÍA-DE-LOS-RIOS, A., PÉREZ-ALFARO, M., BOLAÑA-ALONSO, R., 2016. 2015. Manejo del paciente del sondaje vesical. 2ª parte. Enferm. 126, 15-16.

Encuentra más infografías gratis descargando las apps de Creative Nurse

CREATIVA



UNIDAD V

INCOSAME®

Historia Clínica

No es una mera recolección de datos, ya que al agrupar todos los datos relacionados con la problemática del paciente, permitirá explicar el curso del padecimiento, los factores predisponentes y aquellos que mantienen las conductas desadaptativas

- 1 Datos generales**
 - Nombre
 - Sexo
 - Edad
 - Estado civil
 - Nivel de estudios
 - Ocupación
 - Datos de las personas cercanas
- 2 Problema actual**
 - Motivo de consulta
 - Síntomas
 - Tiempo del problema
 - Intentos de solución
 - Etc.
- 3. Historia personal y social**
 - Datos sobre el periodo de embarazo, la infancia, adolescencia del consultante.
 - Desarrollo de las relaciones interpersonales.
 - Desarrollo académico
 - Desarrollo profesional
 - Etc.
- 4. Antecedentes Familiares**
 - Datos sobre la incidencia de alguna enfermedad o trastorno mental en la familia del consultante
- 5. Resultados y diagnóstico**
 - Síntesis de lo encontrado
 - Baterías empleadas
 - Programa de tratamiento

Solucionario a la autoevaluación.

Unidad 1: técnicas y procedimientos básicos de enfermería

De las siguientes funciones, indicar cuál no lo es de la enfermería:

- e. Tratar las enfermedades

El modelo de cuidados de Dorotea Orem, se fundamenta:

- e. La forma en que el individuo cubre, conscientemente, sus necesidades básicas

El modelo de los sistemas, corresponde a:

- D.- Betty Neuman

El metaparadigma de enfermería, aborda y desarrolla los siguientes conceptos fundamentales comunes:

- C.- Persona, ambiente, salud y cuidados de enfermería

No son cuidados que se prestarían dentro de un modelo de enfermería:

- D.- Cuidados de sosiego

Unidad II:

El oxígeno se transporta en sangre unido a:

- D.- La hemoglobina

La prueba que estudia la función respiratoria se llama.

- C.- Espirometría

¿Qué es un ambú?

- D.- Un aparato para realizar la respiración artificial

¿Cuál es el tipo de oxígeno que se administra en la oxigenoterapia?

- D.- Oxígeno puro

¿Cómo se llama el dispositivo utilizado para disminuir la presión dentro de la fuente de oxígeno y administrarlo con ello al paciente?

D.- Manómetro

Unidad iii

Uno de estos vendajes no se realiza mediante vendas

A.- Cruzado

¿Cuál es el hueso que se lesiona más frecuentemente en una fractura por compresión?

A.- tibia

A la pérdida de conciencia que se acompaña de abolición de la sensibilidad y motilidad voluntaria, se le denomina:

D.- Lipotimia

En la limpieza de las heridas abiertas con pérdida de tejido se usará:

D.- Apósito hidrocoloide

Indicar cuáles de las siguientes son funciones de un vendaje:

D.- Todas las anteriores son correctas

Unidad iv

¿a qué velocidad se debe administrar la alimentación por sonda?

C.- Lentamente

Cuando nos referimos a un enfermo con incontinencia es que.

B.- No controla sus micciones

Indicar cual es la función de un enema:

D.- Todas las anteriores son correctas

Si envían una muestra de orina al laboratorio de microbiología, ¿qué tipo de prueba pedirían?

C.- Urocultivo

¿Por qué motivo después de administrar una alimentación por sonda nasogástrica a un paciente, se recomienda inyectar 30 ml. de agua a través de la sonda?

C.- Para evitar obstrucciones de la sonda

Unidad v

Antes de empezar la aplicación de cualquier protocolo de enfermería se debe:

b.- Preparar el equipo necesario, lavarse las manos y explicar el procedimiento al paciente

¿Cómo se llama el comentario final con que se cierra una historia clínica y que representa el juicio del médico?

b.- Epicrisis

El usuario tiene derecho a:

A.- Solicitar los datos de la historia clínica

Glosario

ASEPSIA: ausencia de microorganismos que causan enfermedad; libre de infección; exclusión de microorganismos.

ABDUCCIÓN: Movimiento por el cual se aleja un miembro del plano medio-sagital.

CONTAMINACIÓN CRUZADA: transmisión de microorganismos desde un paciente a otro y desde un objeto inanimado a un paciente y a la inversa.

INFECCIÓN: invasión del cuerpo por microorganismos patógenos y la reacción de los tejidos a su presencia y a las toxinas que generan.

DISFAGIA: Dificultad para deglutir (tragar) los alimentos

FISIOTERAPIA: Tratamiento basado en métodos curativos naturales como el aire, el agua, la luz, etc., o mecánicos, como el masaje, la gimnasia, etc.

HIPERGLUCEMIA: Aumento de las cifras de glucosa en la sangre.

HISTORIA CLÍNICA: Registro escrito sobre el paciente; documentación legal.

ICTUS: Sinónimo de ATAQUE VASCULAR CEREBRAL. Cuadro brusco, producido por la obstrucción o por la rotura de un vaso cerebral.

NEUMONÍA: Infección de los pulmones por virus, bacterias y hongos.

TETRAPLEJÍA: Imposibilidad para movilizar las cuatro extremidades.

Anexos

Medicine Leininger

Teoría De La Diversidad Y La Universalidad.
Cuidados Culturales
Objetivo: mejorar y proporcionar cuidados culturalmente congruentes a las personas, cuidados que sean beneficiosos y útiles para el cliente, familia o el grupo cultural.
 Considera a la persona como ser cultural.

Dorothea Orem

Teoría General de Enfermería

- > Teoría del autocuidado.
- > Teoría del déficit de autocuidado.
- > Teoría de los sistemas de enfermería.

Objetivo: Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad.

TEORÍAS APLICADAS AL TRABAJO DE LA COMUNIDAD

Nola Pender

Teoría de la Diversidad y Universalidad De Los Cuidados Culturales.
Objetivo: identifica en el individuo factores cognitivos perceptibles que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales.
 Considera a la persona como el centro de la teoría.

Teorías enfermeras

Nightingale

- Interacción paciente-entorno.
- Enfermedad=proceso reparador.

Henderson

Paciente= persona que necesita ayuda para lograr la autosuficiencia.

- Señaló 14 necesidades humanas básicas.

14 NB

H. Peplau

- Influencia de teorías de relaciones interpersonales de Sullivan.
- Refleja modelo psicoanalítico contemporáneo.
- Primera autora que trasladó teorías de otros campos a la enfermería.

DOROTHEA OREM

- Autocuidado = necesidad humana.
- Evolución continuada de sus ideas en 3 teorías.

MARTHA ROGERS

- Influenciada por teoría general de los sistemas y teoría de los campos.
- Nociones centrales: ser humano unitario y campo.
- Ha servido como base para otras teorías.

Callista Roy

- Se basó en la teoría de adaptación de Helson.
- Ha sintetizado varias teorías en una visión conjunta que explica interacciones persona-medio.
- Su modelo de adaptación ha sido objeto de un desarrollo sólido.

@Moni_Ventoso

1.1.2 Técnica de la medición de la temperatura axilar con termómetro de mercurio al adulto

1.1.2.1 Generalidades

El termómetro de mercurio es un tubo de cristal con una ampolla de mercurio en su interior, que se expande con el calor, formando una columna a lo largo del tubo, de acuerdo a los grados de temperatura que presenta el usuario. Son de uso más general para medir la temperatura oral, axilar y rectal. El termómetro rectal se reconoce por la redondez del extremo que contiene el mercurio y el oral (que también se usa axilar) por su alargamiento.

1.1.2.2 Definición

Es la medición de la temperatura corporal mediante un termómetro de mercurio colocado en el centro de la axila.

1.1.2.3 Objetivos

- Determinar si el valor de la temperatura central se encuentra en límites normales.
- Controlar a los usuarios con alto riesgo de modificaciones en la temperatura.

1.1.2.4 Equipo

Una bandeja conteniendo: un recipiente con termómetros orales, papel higiénico, lápiz, bolígrafo, reloj, expediente clínico (hoja de historia clínica), trozos de papel en blanco, recipiente con agua jabonosa, depósito para desechos.

1.1.2.5 Pasos

PASOS/ACTIVIDAD	FUNDAMENTO/PUNTOS IMPORTANTES
• Lavarse las manos	• Previene la transmisión de infecciones nosocomiales
• Preparar el equipo	• Asegura la condición y limpieza del equipo antes de ser utilizado • Generalmente se prepara un equipo para atender a todos los usuarios.

PASOS/ACTIVIDAD	FUNDAMENTO/PUNTOS IMPORTANTES
• Saludar e identificar al usuario	• Brinda confianza y seguridad al realizar el procedimiento
• Orientar al usuario	• Asegura su participación y enseñanza facilitando el desarrollo del procedimiento
• Indicar al usuario que se siente cómodamente	• Da seguridad y comodidad al realizar el procedimiento
• Cerciorarse que no estén presentes los factores que alteren la medición	• La condición individual del paciente y el ambiente son factores que alteran la temperatura
• Proporcionar papel higiénico al usuario para que seque su axila orientándolo que lo descarte en recipiente de desechos	• Evita que la humedad del sudor altere el dato de la temperatura
• Toma el termómetro y observe si la línea del mercurio se encuentra en un nivel menor de 35°C	• Asegura la correcta medición de la temperatura
• Coloque el bulbo del termómetro en el centro de la axila, flexionando el antebrazo sobre el tórax.	• Esta posición favorece el contacto del bulbo con la piel y reduce la exposición a las corrientes de aire que enfrían el termómetro
• Deje el termómetro durante cinco minutos en la axila	• Asegura el dato en la medición de la temperatura
• Retire el termómetro y límpielo en forma rotativa de la parte distal hacia el bulbo para eliminar el sudor del cliente.	• Limpiar de lo menos sucio hacia el bulbo
• Lea el termómetro sosteniéndolo a la altura de los ojos.	• El vidrio sirve como lente de aumento para ver el fino conducto por donde se moviliza el mercurio
• Coloque el termómetro en la vasija amfionada con solución jabonosa	• Para su limpieza inicial
• Registre la temperatura anotando en la hoja de historia clínica o trozo de papel identificado	• Proporcionar datos que contribuyan a la valoración física del usuario.
• Orientar al usuario Sobre: Resultado de la medición	• Brindar atención de calidad y obtener mayor colaboración del usuario.

Mayo 2023 - CID - Centro de Investigación y Desarrollo
Copyright© - CID - Centro de Investigación y Desarrollo
Copyright del texto © 2023 de Autores
Formato: PDF
Tamaño: Sobre C5 162 x 229 mm
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acceso: World Wide Web
libros.ciencialatina.org
editorial@ciencialatina.org
Atención por WhatsApp al +52 22 2690 3834

