

"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO PRIVADA SANTIAGO
RAMÓN Y CAJAL.



TEMA: *CUIDADOS BASICOS DE ENFERMERIA*

ESTUDIANTE: *MACHACA ZAPANA SAIDA NOEMI*

DOCENTE: *RAUL HERRERA*

AREÁ: *ASISTENSIA BASICA HOSPITALARIA*

CARRERA: *ENFERMERIA*

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mis padres, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional, por compartir momentos significativos conmigo y por siempre estar dispuesto a escucharme y ayudarme en cualquier momento.

A **GRADECIMIENTO**

Al Instituto Superior Tecnológico
"Santiago Ramón y Cajal - IDEMA"
por ser una institución que permite formar profesional. Agradezco
también la confianza y el apoyo brindado por parte de mis padres por
su apoyo incondicional.

Introducción

La enfermería tradicional abarca los cuidados autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos en todos los contextos, e incluyen la de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas. Las funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación

El proceso enfermero, también denominado proceso de enfermería (PE) o proceso de atención de enfermería (PAE), es un método sistemático que brinda cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.² Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas, y está clasificado como una teoría deductiva en sí misma.

El uso del proceso enfermero permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas. El proceso enfermero trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no solo a su enfermedad.

El proceso enfermero es constituir una estructura que pueda cubrir e individualizar las necesidades del paciente, de la familia y de la comunidad. Otros objetivos son: Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad. Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios. Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

El proceso enfermero es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina,⁸ de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. El proceso enfermero le da a la profesión la categoría de ciencia.

OBJETIVOS GENERALES

Al término del programa el alumno será competente para:

Identificar los problemas de salud de su entorno, así como proponer e incidir en medidas de solución que favorezcan el bienestar individual, familiar y comunitario.

Responder a las demandas sociales en materia de salud mediante su inserción en equipos disciplinarios a través de una práctica humanística que mantenga y fomente su identidad profesional.

Participar en acciones de fomento de la salud y prevención de enfermedades en el ámbito de su desempeño, respondiendo a la problemática de su contexto.

Planificar las acciones de cuidado requeridas para la resolución de diagnósticos de enfermería identificados a través de la valoración integral del individuo o familia.

Realizar y evaluar intervenciones de cuidado de enfermería tendientes a atender las respuestas humanas dentro del proceso salud enfermedad en cualquier etapa del ciclo de vida.

Organizar y coordinar las acciones del cuidado de enfermería lo que le permitirá evaluar y mejorar la calidad en la prestación del servicio.

Baño del Paciente Encamado

1. Baño del Paciente Encamado Baño del Paciente Encamado

Definición

Conjunto de actividades dirigidas a proporcionar el aseo corporal y la comodidad del paciente. Incluye los procedimientos de higiene y limpieza de la superficie corporal y mucosas externas.

Objetivos

Satisfacer las necesidades de higiene y confort del paciente.

Personal

- Enfermera.
- Técnico en Cuidados de Enfermería.
- Celador.

Material

- | | |
|--------------------------------|---|
| ✓ Vaso con agua. | ✓ Guantes y bata desechable. |
| ✓ Palangana con agua caliente. | ✓ Crema hidratante y/o hidrocoloide. |
| ✓ Esponjas desechables. | ✓ Complementos de aseo personal. |
| ✓ Jabón líquido. | ✓ Ropa limpia para paciente y cama. |
| ✓ Champú. | ✓ Bolsa de recogida de ropa usada. |
| ✓ Bastoncillos para los oídos. | ✓ Bolsa de recogida de material desechable. |
| ✓ Toalla de baño. | |

Ejecución

Preparación del personal

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

Preparación del paciente

1. Identificación del paciente.
2. Informar al paciente y familia del procedimiento a realizar.
3. Fomentar la colaboración del paciente según sus posibilidades.
4. Preservar la intimidad y confidencialidad.
5. Fomentar la presencia y/o colaboración de la familia si el paciente así lo desea.
6. Preservar la intimidad y confidencialidad. Tener la precaución de cerrar la puerta mientras se realizan los cuidados y sólo descubrir la zona que tenga que asear.
7. Colocar al paciente en una posición adecuada.

Procedimiento

1. Asegurar que la temperatura ambiente de la habitación es adecuada evitando las corrientes de aire.
2. Desnudar al paciente. Procurar dejar expuesta sólo la parte del cuerpo que se vaya a lavar, volviéndola a tapar inmediatamente después, para preservar su intimidad.
3. En todas las zonas excepto en los ojos y la cara se empleará jabón.
4. Realizar el lavado siguiendo un orden desde las zonas más limpias a las menos limpias, comenzando por OMS
5. Retirar la prótesis limpiando ésta con antiséptico antes de volver a colocársela.
6. Afeitado; en el caso de los varones. Cambiar el agua.

7. Ojos (PG 3 Higiene de ojos).
8. Boca (PG 2 Higiene de boca).
9. Fosas nasales, si es necesario, efectuar lavado con suero fisiológico, utilizando una jeringa.
10. Orejas y cuello.
11. Cabello, verificar que no haya contraindicaciones.
12. Aclarar y secar cuidadosamente.
13. Extremidades superiores y axilas, secar bien los dedos y pliegues interdigitales
14. Tórax y abdomen, incidiendo con especial atención en zona submamaria en mujeres, área umbilical e inguinal y pliegues.
15. Aclarar y secar cuidadosamente.
16. Extremidades inferiores, con especial atención a los espacios interdigitales y prominencias óseas y siempre en sentido descendente.
17. Aclarar y secar cuidadosamente.
18. Cambiar el agua y la esponja.
19. Genitales y periné: lavar desde el pubis hacia el periné, sin retroceder:

Técnica del aseo de genitales y periné en la mujer:

- | | |
|---|--|
| ✓ Colocar la cuña. | ✓ Aclarar, eliminando completamente los restos de jabón y secar. |
| ✓ Lavar la zona con la esponja jabonosa, de arriba a abajo, limpiando cuidadosamente labios y meato urinario. | ✓ Cambiar el agua y la esponja. |

Técnica del aseo de genitales y periné en el hombre:

- ✓ Colocar la cuña.
- ✓ Lavar los genitales con esponja jabonosa, retirando el prepucio para garantizar un lavado minucioso de glande y surco balanoprepucial.
- ✓ Aclarar, eliminando completamente los restos de jabón y secar.
- ✓ Colocar el prepucio, para evitar edema de glande o parafimosis.
- ✓ Cambiar el agua y la esponja.
- ✓ Movilizamos al paciente con ayuda del celador y/o enfermera dependiendo de la gravedad y el estado del paciente.
- ✓ Continuar por la parte posterior del cuello, espalda, glúteos, muslos y región anal.
- ✓ Aclarar y secar cuidadosamente, utilizando toallas limpias y poner especial cuidado en pliegues cutáneos.
- ✓ Con el paciente en decúbito lateral, enrollar la sábana bajera longitudinalmente hacia el centro de la cama e irla sustituyendo progresivamente por la limpia.
- ✓ Aplicar una pequeña cantidad de crema hidratante con un ligero masaje hasta su total absorción, en las zonas eritematosas o prominencias óseas colocar apósito de hidrocóide.
- ✓ Terminar de hacer la cama con ropa limpia, poner al paciente el pijama o camisón limpio y peinarle.
- ✓ Evitar que queden arrugas en la ropa de cama.
- ✓ Control de la capacidad funcional durante el baño.
- ✓ Higiene de manos.

Consideraciones especiales

1. Es importante recordar que existen varios factores personales y socioculturales que influyen en las prácticas higiénicas. Se han de tener en cuenta las limitaciones físicas específicas, las creencias, los valores y las costumbres de la persona para asegurar su intimidad y fomentar el bienestar.

2. En ocasiones puede ser necesario frotar la piel para eliminar restos de suciedad; evitar provocar excoriaciones de la piel.
3. No utilizar alcohol.
4. No masajear las prominencias óseas.
5. Tener especial precaución en el manejo de pacientes portadores de sistemas intravenosos u otros dispositivos.
6. En los pacientes con vía venosa periférica, al quitar el pijama o camisón, sacar primero la manga que no tiene la vía y al ponerlo, al contrario, comenzar por la manga que tenga canalizada la vía.
7. En pacientes con inmovilización terapéutica, movilizar al paciente en bloque para el aseo (PG 7_1 Normas básicas de mecánica corporal).
8. Si el paciente es portador de sonda nasogástrica:
9. Pinzar sonda naso gástrica.
10. Retirar esparadrapo de fijación de la sonda.
11. Limpiar la fosa nasal con hisopo o torunda impregnada en suero salino con ligeros movimientos de dentro afuera. Limpiar también la superficie externa de la sonda con una gasa.
12. Secar con gasas la zona paranasal y la superficie externa de la sonda.
13. Volver a fijar la sonda con el esparadrapo, rotando el punto de fijación.
14. Si el paciente es portador de sonda vesical:
15. Lavar los genitales con solución antiséptica, haciendo mayor hincapié en el meato.
16. Mantener el circuito cerrado, evitando desconexiones innecesarias que faciliten la infección, pinzando el circuito o manteniendo la bolsa colectora por debajo del nivel de la vejiga.
17. Mantener la fijación de la sonda al muslo para evitar tracciones involuntarias que puedan provocar traumatismos.
18. Cambiar la fijación de una pierna a otra cada 24 horas.
19. Evitar acodamiento del circuito.

Registro

Anotar en el registro correspondiente: este registro se hace en todo momento.

- | | |
|---|--|
| ❖ Procedimiento realizado. | ❖ Respuesta del paciente al procedimiento realizado. |
| ❖ Firma, fecha y hora de realización. | |
| ❖ Incidencias ocurridas durante el procedimiento. | |

2. Higiene de Boca

Definición

Conjunto de actividades dirigidas a proporcionar una higiene adecuada de la boca.

Objetivos

- ❖ Evitar caries e infecciones o el agravamiento de otras lesiones al eliminar la placa bacteriana y restos alimentarios.
- ❖ Evitar la halitosis.
- ❖ Evitar sequedad de boca y aparición de grietas, proporcionando confortabilidad.
- ❖ Fomentar la autoimagen y la autoestima.
- ❖ Proporcionar higiene y bienestar al paciente.

Personal

- Enfermera.
- Técnico en Cuidados de Enfermería.

Material

- ✓ Vaso con agua.
- ✓ Cepillo de dientes.
- ✓ Antiséptico oral.
- ✓ Vaselina.
- ✓ Gasas.
- ✓ Pinza o Kocher para hacer torundas.
- ✓ Depresor lingual.
- ✓ Batea.
- ✓ Toalla y empapadora.
- ✓ Guantes.
- ✓ Sonda de aspiración conectada al aspirador.
- ✓ Jeringa de 10ml y de 20ml.

Ejecución

Preparación del personal Preparación del personal

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

Preparación del paciente

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

Procedimiento

Paciente autónomo

1. Si está encamado colocarlo en posición adecuada (decúbito supino y medio incorporado) siempre que fuese posible por patología o estado del paciente y colocarle una toalla en el tórax y en la almohada para protegerlo de salpicaduras de agua.
2. Higiene de manos del paciente.
3. Proveer el material necesario al paciente (cepillo, dentífrico, vaso con agua enjuague bucal, recipiente para desechos) para la realización de su propia limpieza bucal.
4. Si el paciente lleva prótesis extraíble prótesis extraíble prótesis extraíble:
5. Retirar la prótesis limpiando ésta con antiséptico antes de volver a colocársela.
6. Evitar maniobras que puedan provocar náusea al paciente.

2. Paciente dependiente

1. Cepillar los dientes desde la encía hasta la corona realizando barrido para eliminar residuos.
2. Limpiar la cara externa, interna, superior e inferior de los dientes y muelas en ambas mandíbulas, así como la lengua.
3. Facilitar un vaso con agua o antiséptico bucal para el aclarado de la boca.
4. Aplicar vaselina en los labios para que queden protegidos e hidratados.
5. Retirar el material empleado en los contenedores indicados.
6. Retirar los guantes.
7. Higiene de manos.

3. Paciente dependiente inconsciente

1. Inclinar la cabeza del paciente hacia un lado, si está indicado.
2. Mojar torunda en la solución antiséptica y lavar paladar, lengua, cara interna de los carrillos, encías y dientes.
3. Si existen secreciones secas y pegadas untar de vaselina líquida ya que es difícil de despegar sin ocasionar ulceraciones en las mucosas.
4. Cambiar de torunda tantas veces como sea necesario.

5. Mantener la boca abierta mediante depresor lingual, introducir agua con una jeringa de 10ml, aspirando al mismo tiempo con una sonda corta y de bordes redondeados. Repetir esta operación con una solución antiséptica oral.
6. Lavar los labios y zona peribucal con gasas húmedas.
7. Secar bien los labios y aplicar vaselina.
8. Colocar al paciente en posición cómoda.
9. Retirar el material empleado en los contenedores indicados.
10. Retirar los guantes.
11. Higiene de manos.
12. Repetir la técnica, al menos una vez por turno

4 limpieza de prótesis dental extraíble

Lavar utilizando un cepillo adecuado.

1. Desinfectar, sumergiéndolas durante 10-15 minutos en una solución de clorhexidina acuosa (si el paciente utiliza en su domicilio productos preparados específicos para las dentaduras, los utilizaremos siempre que nos los proporcione el propio paciente o familiar).
2. Aclarar con agua antes de su colocación.
3. Si no se le coloca al paciente, secar y guardar en el contenedor de prótesis dental.
4. Retirar el material empleado en los contenedores indicados.
5. Retirar los guantes.
6. Higiene de manos.

3. Higiene de Ojos

Definición

Conjunto de actividades dirigidas a proporcionar una higiene adecuada de los ojos y los párpados.

Objetivos

- ❖ Mantener la integridad de la superficie ocular.
- ❖ Prevenir complicaciones tales como infecciones o lesiones.
- ❖ Mantener húmedo el interior del ojo.

Personal

- Enfermera.
- Técnico en Cuidados de Enfermería.

Material

- | | |
|--|--|
| ✓ Jeringa. | ✓ Gasas estériles y/o apósito oftálmico. |
| ✓ Agua estéril y/o suero fisiológico en envase plástico monodosis. | ✓ Guantes. |
| ✓ Otra solución prescrita (pomada epitelizante, etc.) por el médico. | ✓ Toalla. |
| | ✓ Bolsa de desechos. |

Ejecución

- | | |
|--|-------------------------|
| • Preparación del personal | • Higiene de manos. |
| • Preparación del personal | • Colocación de guantes |
| • Asegurar que todo el material necesario esté a mano. | |

Preparación del paciente

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

Procedimiento

1. Colocar al paciente en decúbito supino o en posición de Fowler, si su estado lo permite.
2. Colocar toalla alrededor de la cara (opcional) y cuello del paciente.
3. Sujetar los párpados con los dedos índice y pulgar, lavar con agua estéril y/o suero fisiológico desde el lado interno hacia el externo del ojo.
4. Observar zonas enrojecidas y/o secreciones lagrimales anormales.
5. Asegurar que no existen cuerpos extraños en el ojo.
6. Evitar durante el procedimiento la luz directa sobre los ojos del paciente.
7. Cerrar y abrir los párpados suavemente y repetir el lavado las veces necesarias.
8. Ayudarse de una gasa si es preciso, para eliminar secreciones y suciedad en bordes y ángulos palpebrales.
9. Secar la región periocular con una gasa, teniendo en cuenta el utilizar una para cada ojo.
10. Siempre que sea necesario se le untará pomada epitelizante o colirios para mantener húmedo el interior del ojo.
11. Colocar al paciente en posición cómoda.
12. Retirar todo el material empleado.
13. Desechar el material empleado en los contenedores indicados.
14. Retirar los guantes.
15. Higiene de manos.

4. Movilización del Paciente

Definición

Conjunto de actividades que se realizan para movilizar al paciente con limitación del movimiento.

Objetivos

- ❖ Mantener la comodidad del paciente.
- ❖ Prevenir posibles complicaciones (úlceras por presión, deformidades, pérdida del tono muscular, trastornos circulatorios, etc.).
- ❖ Colocar al paciente en la posición adecuada según la prueba diagnóstica (realizar una óptima higiene postural).
- ❖ Potenciar la autonomía del paciente, asistiéndolo de forma pasiva solo cuando sea necesario (en las transferencias de una posición a otra).

Personal

- Enfermera.
- Técnico en Cuidados de Enfermería.
- Celador.

Material

- ✓ Guantes.
- ✓ Ropa de cama (sábana y entremetida).
- ✓ Sábanas y toallas para fabricar rodillos, etc.
- ✓ Almohadas, según precise.
- ✓ Sistemas mecánicos para movilizar pacientes.
- ✓ Trapecio.
- ✓ Sillón.
- ✓ Arco.
- ✓ Antequinos y férulas posturales.

- ✓ Tablas de transferencias, si están disponibles.

Ejecución

Preparación del personal

- Conocimientos de mecánica corporal. Formación específica en ergonomía adaptada al tipo de paciente con el que se va a trabajar.
- Realización de estiramientos concretos adaptados a la actividad que vamos a desarrollar.
- Planificar la actuación. Tener en cuenta si son necesarios uno o dos operadores y si es necesario el uso de ayudas técnicas (grúas, etc.).
- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.

Preparación del paciente

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

Procedimiento

Normas generales en la movilización del paciente

Tener en cuenta las posibles limitaciones del paciente en la higiene postural del mismo y guardar, siempre que sea posible la máxima simetría, respetando las posiciones articulares anatómicas.

1. Colocar la cama en posición horizontal y frenada.
2. Tener al alcance las almohadas y/o dispositivos específicos a utilizar.
3. Proteger vías, drenajes, sondas y otros dispositivos que pueda tener el paciente.
4. Movilizar al paciente a la posición seleccionada evitando fricciones y sacudidas bruscas.
5. Vigilar el estado general del paciente.
6. Dejar al paciente en una postura cómoda y con acceso al timbre y sus objetos personales.
7. Colocar barandas.
8. Colocar la silla de ruedas en la posición más apropiada para facilitar la transferencia en el caso que se pase al paciente de la cama al sillón o viceversa. Frenar la silla e intentar evitar los posibles obstáculos (reposabrazos, reposapiés, etc.).
9. Retirar el material empleado en los contenedores indicados.
10. Retirar los guantes.
11. Higiene de manos.

Movilización del paciente

1. Movilización del paciente hacia la cabecera de la cama

- Seguir normas generales en la movilización del paciente.
- Seguir normas generales de higiene postural del trabajador.
- Colocar la cama del paciente en posición horizontal, cerciorándonos de que se encuentra frenada.
- En casos específicos en que no existan contraindicaciones se puede colocar la cama en posición Trendelenburg para facilitar por gravedad el desplazamiento.
- Pacientes que puedan colaborar (se necesita una solo Pacientes que puedan colaborar a persona):
 - 1º. Colocar una mano bajo los muslos y otra bajo los hombros.

- 2º. Pedir al paciente que doble las rodillas y apoye los pies sobre la cama(entonces colocamos nuestros brazos por debajo de las caderas del paciente).
- 3º. Indicar al paciente que colabore ejerciendo presión con los pies a la vez que lo desplazamos hacia la cabecera.

5. Prevención de Caídas en Pacientes Hospitalizados

Definición

Medidas adoptadas para disminuir la incidencia de caídas de los pacientes hospitalizados, mediante intervenciones dirigidas a disminuir los factores de riesgo asociados a las caídas hospitalarias. La Organización Mundial de la Salud define: "La Caída es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad". Considerando la caída como uno de los Eventos Adversos Hospitalarios (EAH). Son considerados pacientes con alto riesgo de caídas:

Adultos mayores de 65 y/o adultos frágiles, se valora el alto riesgo de caídas, utilizando escala de Downton.

Menores de 6 años.

Pacientes que van a ser sometidos a intervención quirúrgica y se les ha administrado tratamiento preanestésico, así como pacientes en el postoperatorio inmediato.

En pacientes pluripatológicos y en tratamiento con más de cuatro fármacos aumenta el riesgo de caídas.

Objetivos

- ❖ Evitar la caída en pacientes hospitalizados y los daños severos que pueda ocasionar.
- ❖ Disminuir EAH (Eventos Adversos hospitalarios).
- ❖ Aumentar la seguridad del paciente.

Personal

- Enfermera.
- Técnico en Cuidados de Enfermería.
- Celador.
- Fisioterapeuta.

Material

- | | |
|--------------------------|---|
| ✓ Cama articulada. | ✓ Material de contención: muñequeras, tobilleras, chalecos, cinturones... |
| ✓ Mesa de noche movable. | ✓ Dispositivos de ayuda: andador, bastones, muletas. |
| ✓ Timbre de alarma. | ✓ Accesorios de baño adecuados. |
| ✓ Sillón. | ✓ Camillas con laterales abatibles. |
| ✓ Barandillas. | |

Ejecución

Preparación del personal

- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.
- Disponer de los dispositivos de seguridad necesarios y próximos al paciente.

Preparación del paciente

1. Identificación del paciente.
2. Informar al paciente y/o familia de las medidas de seguridad para evitar las caídas.
3. Informar al paciente y/o familia de la necesidad de cumplir las medidas de prevención.
4. Informar al paciente y/o familia del riesgo de sufrir caída y de las consecuencias de las mismas (reconocer factores intrínsecos y extrínsecos).
5. Fomentar la colaboración del paciente según sus posibilidades.
6. Preservar la intimidad y confidencialidad.

Procedimiento

1. Revalorar el riesgo de caída del paciente, utilizando escala de Downton, según tabla
2. Acondicionar la estancia según necesidades del paciente, proporcionando mobiliario adecuado para la comodidad y seguridad del paciente y evitando que favorezcan el riesgo de caídas
3. Colocar la mesilla de noche de manera que el acceso a ella no presente dificultad.
4. Comprobar que la cama esté frenada, y en posición baja.
5. Proporcionar luz adecuada y que no deslumbre al paciente.
6. Mantener una luz difusa en la habitación por la noche.
7. Situar el timbre de alarma fijo en un sitio donde el paciente pueda acceder sin dificultad.
8. En pacientes que pueden deambular, recomendar el uso de calzado adecuado (antideslizante y ajustado al pie para que no se salga) y ropa ajustada al cuerpo para evitar que se enganche en algún saliente si es demasiado holgada o le está larga o se la pisa.
9. Poner a su alcance las pertenencias y los dispositivos de ayuda personales (andador, bastones, muletas).
10. Colocar barandillas laterales para los pacientes seniles con bajo nivel de conciencia, deterioro cognitivo y/o agitado. Vigilando la posibilidad de riesgo de que el paciente salte por encima de la barandilla, en estos casos realizar procedimiento de contención mecánica hasta disminuir o controlar situación.
11. Monitorizar y observar frecuentemente a los pacientes con riesgo.

6. Contención Física o Inmovilización del Paciente

Definición

Acciones encaminadas a disminuir el riesgo de caídas en pacientes mediante contención física y/o inmovilización. Contención física y/o inmovilización: Uso de un dispositivo físico y/o mecánico para restringir los movimientos de una parte del cuerpo, o impedirlos en su totalidad, con el objetivo de prevenir aquellas actividades físicas que pueden poner en situación de riesgo o en peligro de lesión al enfermo o a otras personas de su entorno.

Objetivos

- ❖ Limitar la movilidad física del paciente y garantizar su seguridad.

Personal

- Enfermera.
- Técnico en Cuidados de Enfermería.
- Celador.
- Servicio de seguridad del hospital. Interviene caso de riesgo de agresión para
- garantizar la seguridad del paciente, otros pacientes, familiares y personal del hospital.

Material

- | | |
|---|---------------------------------|
| ✓ Guantes. | ✓ Chaleco (Semiinmovilizador). |
| ✓ Cinturón ancho abdominal (Semiinmovilizador). | ✓ Cintas de muñecas. |
| | ✓ Cintas para hombros. |
| | ✓ Cinturón estrecho de piernas. |

- ✓ Cintas para tobillo.
- ✓ Llave magnética.

- ✓ Botones magnéticos de fijación.

Ejecución

Preparación del personal

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

Preparación del paciente

1. Identificación del paciente.
2. Explicar a la familia los riesgos y beneficios de la sujeción en caso de ser necesaria.
3. Informar al paciente y/o familia del procedimiento y de la razón por la que se han adoptado medidas de contención.
4. Fomentar la colaboración del paciente y/o familia en la medida de sus posibilidades.
5. Entregar y explicar a la familia el consentimiento informado.

Procedimiento

1. Las restricciones sólo deben usarse cuando otras alternativas han demostrado su ineficacia.
2. Indicación médica de inmovilización.
3. Inmovilización de pacientes fumadores.
4. Inmovilización en decúbito prono, predispone al riesgo de asfixia.
5. Inmovilización de pacientes con deformidades.
6. Colocarse guantes no estériles.
7. Informar a las personas que se encuentran acompañando al/a la paciente que estén vinculadas por razones familiares o de hecho, acerca de la adopción de la medida.
8. Las inmovilizaciones se realizarán con ayuda y usando las técnicas menos restrictivas posibles para evitar lesionar al paciente.
9. Colocar al paciente en posición anatómica correcta.
10. Mantener la cabeza del paciente ligeramente levantado (ángulo de la cabecera de la cama 35 a 45 grados), para evitar el riesgo de aspiración.
11. Manejar al paciente con firmeza.
12. Colocar las sujeciones bien almohadilladas y con presión moderada.
13. Fijar las sujeciones al marco o somier de la cama (nunca a la barandilla) y fuera del alcance del paciente.
14. Comprobar que el paciente tenga cierta libertad de movimientos, pero que en ningún caso puedan producirle lesiones.
15. Vigilar la respuesta del paciente al procedimiento.
16. Valorar al paciente al menos dos veces por turno, aumentando vigilancia según situación clínica y evolución, teniendo en cuenta: Respiración, estado psicomotor y nivel de conciencia.
17. Comprobar el estado de la piel, el pulso, color, temperatura y sensibilidad del lugar de la sujeción.
18. La enfermera puede realizar la contención física en situación de emergencia, con el personal suficiente y evitando el riesgo de autolesión en el paciente.

7. Actuación en Paciente que Sufre Caída

Definición

Medidas a adoptar después de producirse una caída que favorecen la disminución de la morbi-mortalidad.

La Organización Mundial de la Salud define: "La Caída es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad".

Objetivos

- ❖ Atención inmediata al paciente que ha sufrido una caída.
- ❖ Disminuir el riesgo de morbi-mortalidad.

Personal

- Enfermera.
- Técnico en Cuidados de Enfermería.
- Celador.

Material

- ✓ Material adecuado según lesiones.
- ✓ Guantes.
- ✓ Registro específico de Notificación de la Incidencia de caídas (anexo 1).

Ejecución

Preparación del personal

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

Preparación del paciente

- Identificación del paciente.
- Tranquilizar al paciente tras la caída.
- Acomodar al paciente in situ, si procede.

Procedimiento

1. Valorar de forma inmediata la situación clínica del paciente.
2. Solicitar ayuda en caso necesario.
3. Avisar al médico responsable o médico de guardia, si procede.
4. Atención clínica al paciente en el lugar de la caída: nivel de conciencia, constantes vitales, valoración del daño.
5. Trasladar al paciente a la cama con precaución según grado de lesión e indicación.
6. Evaluar daños producidos en la caída: apoyados en pruebas complementarias.
7. Administrar los cuidados derivados de las lesiones.
8. Aplicar medidas preventivas y reevaluar el riesgo de caída en el paciente.
9. Retirar los guantes.
10. Higiene de manos.

Consideraciones especiales

- Vigilar alteraciones o cambios en el nivel de conciencia durante las 24 horas posteriores a la caída.
- Valorar el daño psíquico producido tras la caída con la aparición del síndrome post-caída.

8. Preparación del Preparación Quirúrgico

Definición

Conjunto de acciones realizadas al paciente previo al acto quirúrgico.

Objetivos

- ❖ Garantizar unas condiciones óptimas de seguridad, confort e higiene.
- ❖ Prevenir complicaciones postoperatorias.

Personal

- Enfermera.
- Técnico en Cuidados de Enfermería.

Material

- | | |
|--|--|
| ✓ Material para el aseo del paciente (toalla, jabón, vaso). | ✓ Ropa para paciente y cama. |
| ✓ Solución antiséptica bucal. | ✓ Recipiente para prótesis dental, si procede. |
| ✓ Solución antiséptica corporal. | ✓ Quitaesmalte, si procede. |
| ✓ Material para retirada de vello (tijeras, rasuradora eléctrica), si procede. | ✓ Guantes. |

Ejecución

Preparación del personal

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

Preparación del paciente Preparación del paciente

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

Procedimiento

Día previo a la intervención:

- Indicar al paciente, o ayudar/realizar si es el caso, ducha o baño, la tarde previa a la intervención, con jabón antiséptico.
- Comprobar en la Hª Clínica del paciente, la prescripción de fármacos o preparación específica según intervención.
- Asegurarse de que no existe contraindicación o alergia al fármaco prescrito ya sea como premedicación vía oral y/o como preparación intestinal u otras.
- Asegurarse que la Historia del paciente esté completa.

Día de la intervención en la Unidad de hospitalización:

1. Confirmar que el paciente está en ayunas.
2. Indicar al paciente o ayudar/realizar si es el caso, ducha o baño, hora/s previa/s a la intervención, con jabón antiséptico.
3. Administrar medicación y/o preparación quirúrgica si existe pauta previa a la intervención.
4. Si el paciente toma pre medicación, indicarle que permanezca en cama evitando los desplazamientos por el riesgo de caídas. Se le indicará que orine previamente.
5. Facilitar ropa adecuada.
6. Retirar el material empleado en los contenedores indicados.
7. Retirar los guantes.
8. Higiene de mano.
9. Asegurarse que la Historia del paciente esté completa.

10. Disponer tiempo para que los miembros de la familia hablen con el paciente antes del traslado al área quirúrgica.
11. Informar al paciente y familia sobre el acompañamiento al área prequirúrgica, una vez allí un familiar podrá permanecer con él hasta su paso a quirófano.
12. Día de la intervención en el ante quirófano:
13. Acogida del paciente en el área prequirúrgica según protocolo:
14. Identificación del paciente
15. Presentación del personal.
16. Verificación del procedimiento quirúrgico.
17. Comprobación de Historia del paciente y requisitos prequirúrgicos.
18. Comprobar la retirada de dispositivos personales (lentes, audífonos, dentaduras completas o parciales, pelucas etc.) haciendo entrega a un familiar, antes de pasar a quirófano.
20. Reforzar información a la familia acerca de la sala de espera quirúrgica, así como las horas de visita de los pacientes en URPA.

9. Alimentación por Sonda Nasogástrica

Definición

Introducción de los alimentos a través de un tubo de plástico flexible hasta el estómago.

Objetivos

Mantener y mejorar el estado nutricional de los pacientes que son incapaces de ingerir por boca los nutrientes adecuados a sus necesidades metabólicas.

Personal

- Enfermera.
- Técnico en Cuidados de Enfermería.

Material

- | | |
|--|---|
| ✓ Bolsa de nutrición preparada. | ✓ Jeringa de alimentación de 50 cc en adultos, en niños de tamaño adecuado al |
| ✓ Sistema de infusión (goteo). | ✓ calibre de la sonda. |
| ✓ Regulador de goteo o bomba de nutrición. | ✓ Agua. |
| ✓ Soporte de goteo. | ✓ Guantes. |

Ejecución

Preparación del personal

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

Preparación del paciente

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y/o familia del procedimiento a realizar.
- Colocar al paciente en posición adecuada (con la cabecera de la cama elevada entre 30 y 45°) siempre que esté indicado, para reducir el riesgo de aspiración.
- Consideraciones especiales Consideraciones especiales Medidas especiales en pacientes con alergia al látex, al yodo o a los metales.

10. Cuidados Post Morte

Definición

Proporcionar los cuidados necesarios que garanticen un aspecto digno y limpio al paciente fallecido/a para su posterior traslado al tanatorio.

Objetivos

- ❖ Preservar la intimidad del difunto y familiares.
- ❖ Confortar y brindar apoyo emocional a la familia, teniendo en cuenta sus creencias religiosas y sus valores culturales.
- ❖ Facilitar a la familia, allegado o responsable, la información básica de los trámites burocráticos dentro del hospital.

Personal

- Enfermera.
- Técnico en Cuidados de Enfermería.
- Celador encargado de turno.
- Celador.

Material

- | | |
|-------------------------------|--|
| ✓ Sudario. | ✓ Gasas y compresas. |
| ✓ Útiles de higiene. | ✓ Vendas. |
| ✓ Toallas. | ✓ Esparadrapos. |
| ✓ Sábanas. | ✓ Jeringas 10cc y 20cc. |
| ✓ Batas no estériles. | ✓ Aspirador. |
| ✓ Mascarillas. | ✓ Sondas de aspiración. |
| ✓ Guantes no estériles. | ✓ Biombo. |
| ✓ Tijeras. | ✓ Bolsas para residuos. |
| ✓ Pinzas de disección largas. | ✓ Tres etiquetas identificativas (nombre, fecha, hora, habitación y cama). |
| ✓ Material de sutura. | |
| ✓ Algodón. | |

Procedimiento

1. Avisar al celador encargado de turno.
2. Avisar al médico para que confirme y verifique el fallecimiento.
3. Avisar al coordinador de trasplantes, (698184) antes de comenzar el amortajamiento, por posible DONACIÓN.
4. Identificación del paciente.
5. Presentarse a la familia e Informarle del procedimiento a realizar, siempre que su estado lo permita.
6. Preservar en todo momento la intimidad del paciente fallecido. Para ello procurar realizar los cuidados en habitación individual, si no es posible aislar al paciente fallecido con cortinas o biombos.
7. Levantar el cabecero de la cama ligeramente, para evitar la acumulación de líquidos en la cabeza o la cara.
8. Realizar la higiene del cadáver cuidadosamente y retirar sondas, drenajes, catéteres, etc.
9. Recoger y entregar todas las pertenencias del fallecido a los familiares, si no es posible, el celador encargado de turno se hace cargo de los objetos, que posteriormente entregará a la familia tras la firma del documento correspondiente.
10. Cubrir el cadáver totalmente con una sábana para su traslado.
11. Retirar los guantes.
12. Higiene de manos.

Consideraciones especiales

- Suturar aquellas heridas, ostomías que drenen abundantemente.
- Procurar siempre que sea posible que la familia vea al paciente fallecido antes de su traslado, si es su deseo.
- En todo el proceso se mantendrá la mayor discreción posible con todos los pacientes y en el momento del traslado se cerrarán las puertas del resto de las habitaciones y se evitará el tránsito por los pasillos.
- Si las causas del fallecimiento precisan intervención judicial, el jefe de celadores se encargará de tramitar la documentación por triplicado al juzgado, en el juzgado firman y sellan la documentación y devuelven dos copias, una se archiva en la Historia Clínica y la otra se envía a la unidad de cargos.
- Si el fallecido no tuviera familia, guardar sus pertenencias en una bolsa previamente identificada y comunicarlo al supervisor/a.

Registro

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de realización.
- Incidencias ocurridas durante el procedimiento.
- Identificación de la persona a quien se entrega las pertenencias del difunto.

CONCLUSIÓN

Enfermería como profesión ha estado en continua evaluación histórica que se fundamenta en el cuidado social humano, por lo que se utiliza un método científico que lo completamente con la práctica enfermera para así poder dar cuidados más humanizados y eficientes. La enfermera debe prestar un servicio único, definido y esencial, diferente al que otros prestan, lo cual supone que deben manejar un cuerpo de conocimientos que les permitan emitir juicios correctos y tomar decisiones en la práctica para el logro de los objetivos deseados. Si interpretamos todo lo descrito anteriormente podremos decir que muchos autores han conceptualizado a enfermería como ciencia y arte, en sus modelos y postulados teóricos. La conexión entre estas dos palabras claves es por el ejercicio artístico de la profesión, tanto como el estudio del cuidado de la experiencia humana en salud.

Finalizando la guía de cuidados de enfermería podemos concluir que el plan de atención de enfermería, es de suma importancia tanto para el manejo, tratamiento y prevención de la salud en los servicios de urgencias, para lograr proporcionar un tratamiento integral y adecuado acorde a los aspectos que abarca el tratamiento de este problema de salud. La planificación de los cuidados de enfermería, nos permite estar en evaluación constante y gradual de la evolución de nuestros pacientes y sus patologías abarcando cada uno de los componentes biopsicosociales de su entorno para dar respuesta a los problemas de salud actuales y los posibles riesgos que vamos valorando durante la estadía en el servicio planteándonos objetivos reales y concretos de acuerdo a las características de cada uno de los pacientes utilizando herramientas tal como lo es el proceso de atención de enfermería.

Bibliografía

Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Protocolo de Procedimientos Enfermeros.

Huelva: Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez, Huelva. 2009. (Consultado el día 14 de diciembre de 2011). Disponible en: <http://www.actasanitaria.com>

- Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, SESCAM. 07/02/2011.

- Hospital Universitario Virgen del Rocío. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Sevilla. Junio 2008. [Consultado el 10 de Noviembre de 2011].

Disponible en:

http://intranet/enfermeria/manual_procedimientos_enfermeria.html

<https://enfermeria.unison.mx/about/>

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/14985/v44n3p217.pdf?sequence=1>

<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092j.pdf>

<http://biblioteca.hsjdbcn.org/v%20henderson.pdf>