



CAPÍTULO 3

CONFORT E HIGIENE

Lida Guerrero Arango*
Luz Mary Gallego Cortes**

*Actividad/Reposo
Seguridad/Protección
Confort*

La higiene hace referencia a los procesos fundamentales del cuidado enfermero, estos garantizan la seguridad de las personas y evitan la propagación de las infecciones asociadas a la atención en salud, consideradas como las principales causantes de las infecciones nosocomiales. Las medidas de confort, contribuyen en la disminución del dolor y participan en la recuperación y rehabilitación de la persona.

* Universidad del Valle / Universidad Santiago de Cali
Cali, Colombia.

* Universidad Santiago de Cali
Cali, Colombia.

Cita este capítulo:

Guerrero Arango L, Gallego Cortes LM. Confort e higiene. En: Guerrero Arango L, Gallego Cortes L, Triviño Vargas Z. (Coords.). Fundamentos en los procesos básicos de los cuidados de enfermería. Tomo I. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2017. p. 111-181.

Según la clasificación NANDA el dominio 4, actividad y reposo, incluye la producción, conservación, gastos y equilibrio de los recursos energéticos, en su **clase 2, Mover partes del cuerpo (movilidad)**, trabajar o realizar acciones a menudo (aunque no siempre) contra resistencia.

El dominio 11 de Seguridad y Protección corresponde, a la “ausencia de peligro, lesión física o trastorno del sistema inmunitario; prevención de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad” en casos adversos, este dominio está relacionado específicamente en su **clase 2, Lesión física**: Lesión o herida corporal.

El dominio 12 es el de confort, considerado como “Sensación de bienestar o comodidad física, mental o social” que a su vez integra: confort físico, confort ambiental y confort social. En este dominio la **Clase 2. Confort del entorno**: Sensación de bienestar o comodidad en el propio entorno, se relaciona con la organización de la unidad hospitalaria y los procedimientos correspondientes a la preparación de la cama cerrada, ocupada, abierta, de anestesia y de arco. Estas actividades que ejecuta la enfermera ayudan a satisfacer las necesidades de las personas a través de las acciones del cuidado y permiten proporcionarle comodidad y bienestar a la persona hospitalizada.

Continuando con el dominio 12 que hace referencia en su **Clase 1, al Confort físico**: Sensación de bienestar o comodidad y/o ausencia de dolor, integra los procedimientos básicos del cuidado de enfermería tales como baño en cama, baño en silla, higiene de genitales masculino y femenino e higiene del cabello, masajes y posiciones que puede adoptar la persona, para confort, comodidad y fines terapéuticos (27).

CONFORT

El confort puede estar dado por algún objeto físico (una cama, un colchón cómodo, un sillón) o por alguna circunstancia ambiental o abstracta (la temperatura apropiada, el silencio, la sensación de seguridad) (51).



UNIDAD HOSPITALARIA

DEFINICIÓN

Se conoce como unidad hospitalaria el área física equipada para brindar el cuidado a la persona y realizar los procedimientos necesarios para la recuperación y rehabilitación de la salud.

OBJETIVOS NOC

- Brindar un cuidado humanizado.
- Garantizar la seguridad y bienestar a la persona.
- Disminuir la frecuencia de eventos adversos.
- Estimular a la persona a asumir un papel activo en el cuidado de su salud.
- Identificar a las personas con riesgo de sufrir lesiones físicas.

RECOMENDACIONES

- Iniciar con el aseo de la unidad de acuerdo a protocolo de la institución
- Colocar la cama en forma horizontal
- Llevar los tendidos completos
- Evitar sacudir los tendidos
- Evitar el contacto de los tendidos con el uniforme
- Realizar el tendido de acuerdo al tipo de cama que se requiere
- Solicitar ayuda en caso necesario.

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

Valoración

Valorar:

- Condiciones de higiene y limpieza de la unidad del paciente.
- Elementos necesarios para brindar el cuidado de enfermería.
- Que la cama permita colocar a la persona en diferentes posiciones.
- Que las instalaciones locativas cumplan estándares de seguridad a la persona.

- Que el área física permita aislamiento y privacidad a la persona.
- Que el área física brinde iluminación y ventilación adecuadas.

Diagnósticos de Enfermería

- 00008 Termorregulación ineficaz R/C temperatura ambiental fluctuante M/P Aumento de la temperatura corporal por encima del rango norma.
- 00005 Riesgo de desequilibrio de la temperatura R/C ropas inadecuadas para la temperatura ambiente.
- 00183 Disposición para mejorar el confort M/P Expresa deseos de aumentar el confort (27), (31), (32).

Planeación, NIC, Cama tipo hospital

- Colchón con protector plástico.
- Almohada.
- Funda para almohada.
- Sábanas.
- Cobija.
- Mesa tipo puente.
- Atril.
- Silla.
- Mesa de noche.
- Jarra y vaso.
- Utensilios de aseo de uso personal.
- Escalerilla.
- Tela encauchada (plástico).
- Pato u orinal en lo preferible personal.
- Riñonera.
- Ducha con agua tibia.
- Lavamanos con instalaciones para jabón desinfectante.
- Tarros para los diferentes residuos hospitalarios.



Instalaciones especiales

- Lámpara de pared.
- Línea de timbres.
- Toma para oxígeno.
- Toma para succión: aspirador de pared.
- Tensiómetro de mercurio de pared.

ARREGLO DE LA CAMA DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DEL CUIDADO

Tender la cama hospitalaria de acuerdo a las necesidades de la persona y el cuidado a ofrecer. Esta actividad se lleva a cabo de acuerdo al Proceso de Cuidado de Enfermería, PCE, para brindar bienestar físico, mental y cuidado integral. De acuerdo a las necesidades de la persona el arreglo de la cama se divide en cama cerrada, cama ocupada, cama de anestesia y cama de arco.

CAMA CERRADA

DEFINICIÓN

Es la técnica de tendido de cama cuyas sábanas cubren completamente el colchón y se utiliza indicando la disponibilidad para recibir a una nueva persona.

OBJETIVOS NOC

- Proporcionar una cama cómoda y segura a la persona que ingrese.
- Brindar los elementos necesarios para confort de la persona.
- Evitar infecciones.

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

Valoración

Valore:

- Desinfección de la cama.

- Desinfección de los elementos de la unidad hospitalaria.
- Que las instalaciones de oxígeno y succión estén funcionando correctamente.
- Que las instalaciones eléctricas funcionen correctamente.
- Que los elementos para tender la cama estén completos y en el orden establecido.
- Existencia de tarros para los diferentes residuos hospitalarios.

Diagnósticos de Enfermería

- 00183 Disposición para mejorar el confort (27), (31), (32).

Planeación NIC

- Preparar los elementos necesarios:
- Gorro, gafas, tapabocas y blusa.
- Guantes desechables.
- Sábana y sobresábana.
- Sabanita de movimiento.
- Tela encauchada (plástico).
- Cobija.
- Almohada.
- Funda de almohada.
- Compresero.
- Bolsa plástica para la ropa sucia.
- Tarros para los diferentes residuos hospitalarios.

Ejecución NIC

Actividades del cuidado de enfermería	Consideraciones del Cuidado
Conserve la técnica aséptica y aplique las normas de bioseguridad.	Evita eventos adversos como infecciones.

Actividades del cuidado de enfermería	Consideraciones del Cuidado
Retire de la unidad los objetos que puedan obstaculizar el procedimiento.	Evita accidentes.
Prepare todo el material y organízarlo en la silla.	Facilita un procedimiento organizado.
Organice las sábanas en orden inverso al que se va a utilizar.	Facilita el procedimiento.
Coloque la cama en posición horizontal.	Facilita el procedimiento.
Coloque la cama a una altura cómoda de acuerdo a quien realiza el procedimiento.	Favorece la mecánica corporal.
Disponga la sábana que cubre el colchón en el centro de la cama, cerciórese que cubra completamente el colchón e inicie el tendido por la cabecera introduciendo los bordes externos por debajo del colchón.	Facilita el procedimiento y evita la salida de la sábana en la cabecera de la persona.
Realice el ángulo y fijelo (siempre que la sábana lo permita).	Evita que se destienda y se arrugue la cama.
Realice lo mismo en los pies de la cama haga el ángulo y fijelo.	Evita que se destienda y se arrugue la cama.
Coloque la sobresábana centrada y proceda a tender de la parte media de la cama a la parte inferior, haciendo énfasis en introducir la sábana por debajo del colchón.	Evita que la sábana se salga y los pies queden al descubierto.
Realice el ángulo y fijelo.	Evita que se destienda y se arrugue la cama.
Proceda a tender el lado contrario, conservando la misma técnica empleada (primero la sábana, luego la sobresábana).	Facilita un procedimiento organizado.
Coloque la funda a la almohada.	Ofrece comodidad al nuevo paciente.
Verifique la disponibilidad del oxígeno, y disponga del equipo de acuerdo a requerimientos de la persona.	Ofrece seguridad en la prestación del servicio.
Disponga de riñonera, pato, atril y tarros para el desecho de los residuos hospitalarios	Ofrece seguridad y comodidad al ingreso de la persona.
Deje la unidad en completo orden.	Ofrece comodidad al nuevo paciente.

Actividades del cuidado de enfermería	Consideraciones del Cuidado
Coloque el timbre y todo lo que precise la persona a su alcance.	Proporciona mayor seguridad
Retire y deseche todos los elementos utilizados en el procedimiento de acuerdo a protocolo de bioseguridad de la institución	Evita infecciones intrahospitalarias y sanciones a la institución por desecho incorrecto.
Registre el procedimiento y observaciones en el plan de cuidados.	Permite verificar disponibilidad de la cama.

Evaluación

- Evalúe si la desinfección de la unidad de la persona fue realizada correctamente.
- Evalúe la organización de los tendidos.
- Evalúe la disponibilidad de los elementos necesarios para la hospitalización de la persona.

CAMA OCUPADA

DEFINICIÓN

Es aquella que está asignada a una persona durante su hospitalización. Se conocen dos tipos:

- Cama abierta ocupada (con persona dependiente).
- Cama abierta ocupada (con persona ambulatoria).

OBJETIVOS NOC

- Preparar la cama con los implementos necesarios de acuerdo a las necesidades de la persona.
- Proporcionar comodidad y seguridad a la persona que ingresa al ambiente hospitalario.
- Proporcionar una buena presentación del servicio.



PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

Valoración

Valore:

- Estado de salud de la persona hospitalizada según el grado de dependencia y colaboración para el procedimiento a realizar.
- Desinfección de los elementos de la unidad hospitalaria.
- Que la unidad disponga de las instalaciones de oxígeno, succión y estén funcionando correctamente.

Diagnósticos de Enfermería

- 00091 Deterioro de la movilidad en la cama R/C fuerza muscular insuficiente M/P Deterioro de la capacidad para cambiar de posición por sí mismo en la cama.
- 00038 Riesgo de traumatismo R/C Camas altas.
- 00183 Disposición para mejorar el confort M/P Expresa deseos de aumentar el sentimiento de satisfacción (27), (31), (32).

Planeación NIC

Preparar los elementos necesarios: Guantes desechables.

- Gorro, gafas, tapabocas y blusa.
- Sábana y sobresábana.
- Sábana y sobresábana.
- Cobija.
- Sabanita de movimiento.
- Hule.
- Vaso.
- Jarra con agua.
- Funda de almohada.

- Riñonera, pato, orinal.
- Protector de colchón.
- Almohada.
- Funda de almohada.
- Compresero o bolsa de plástico para la ropa sucia.
- Tarros para los diferentes residuos hospitalarios.

Ejecución, NIC, procedimiento con la persona dependiente

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Informar a la persona hospitalizada el procedimiento a realizar.	Humaniza el cuidado
Conserve la técnica aséptica y aplique las normas de bioseguridad.	Evita eventos adversos como infecciones.
Coloque barandas para el cuidado de niños y personas inconscientes.	Proporciona seguridad y evita eventos adversos.
Retire de la unidad los objetos que puedan obstaculizar el procedimiento.	Evita accidentes.
Prepare todo el material y organícelo en la silla.	Agiliza la realización del procedimiento.
Coloque las sábanas en orden inverso al que se va a utilizar (es decir la sábana que cubre el colchón va en la parte superior).	Facilita el procedimiento.
Coloque la cama en posición horizontal y baje las barandas, si el estado de salud de la persona lo permite.	Facilita el procedimiento.
Coloque la cama a una altura cómoda de acuerdo a la estatura de la persona que realice el procedimiento.	Favorece la mecánica corporal.
Coloque a la persona en decúbito lateral, y solicite ayuda si su condición de salud lo requiere.	Evita caídas de la persona y eventos adversos.
Asegúrese que la persona esté cómoda y segura en la nueva posición.	Ofrece seguridad en el procedimiento.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Empiece aflojando las sábanas desde la parte superior hasta la inferior del lado de inicio del procedimiento.	Evita esfuerzos innecesarios.
Inicie retirando los tendidos de cama desde la cabecera del lado libre, para lo cual enrolla las sábanas sobre sí mismas hasta la parte central del colchón.	Evita esfuerzos innecesarios.
Proceda a colocar la nueva sábana	Facilita el tendido.
Inicie el tendido de la cama desde la parte superior, asegurándose de hacer el ángulo profundo en la cabecera.	Permite aplicar la técnica.
Cerciórese de templar bien los tendidos y realizar el ángulo inferior.	Evita úlceras por presión y ofrece comodidad a la persona.
Terminado el tendido de esta parte se procede a colocar la sabanita de movimiento.	Evita sobreesfuerzos lesiones osteomusculares en el personal de enfermería.
Coloque a la persona en el lado recién organizado.	Facilita el procedimiento.
Retire los tendidos sucios sin sacudir las sábanas y colóquelas en el compresero.	Evita la exposición a contraer infecciones a través de la vía respiratoria.
Organice los tendidos del lado contrario desde la cabecera hasta los pies.	Facilita el procedimiento.
Cerciórese de templar bien la sábana y sabanita de movimiento.	Evita úlceras por presión y ofrece comodidad a la persona.
Coloque a la persona en posición decúbito dorsal y organice la almohada que llegue hasta la parte inferior de los hombros.	Ofrece comodidad a la persona.
Inicie el tendido de la sobresábana desde la parte inferior de la cama, cerciorándose de hacer un ángulo profundo en la parte inferior de la cama.	Evita que se destienda la sobresábana y los pies queden al descubierto.
Coloque a la persona en ligera posición de semifowler, suba la baranda (en caso de que exista) y asegúrese de dejarla cómoda.	Ofrece comodidad a la persona.
Deje la unidad en completo orden y aseo.	Permite cumplir protocolo institucionales.
Coloque el timbre y todo lo que precise la persona a su alcance.	Proporciona mayor seguridad.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Retire y deseche todos los elementos utilizados en el procedimiento de acuerdo a protocolo de bioseguridad de la institución	Evita infecciones intrahospitalarias y sanciones a la institución por desecho incorrecto.

Evaluación

Evalúe:

- Comodidad y seguridad de la persona durante el procedimiento.
- Organización de los tendidos.
- Respuesta de la persona durante el procedimiento.

Ejecución, NIC, procedimiento con la persona ambulatoria.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Informe a la persona hospitalizada el procedimiento a realizar.	Permite mayor colaboración y seguridad en la persona.
Conserve la técnica aséptica y aplique las normas de bioseguridad.	Evita eventos adversos como infecciones.
Retire de la unidad los objetos que puedan obstaculizar el procedimiento.	Evita accidentes.
Prepare todo el material y organícelo en la silla.	Facilita un procedimiento organizado.
Coloque las sábanas en orden inverso al que se va a utilizar (es decir la sábana que cubre el colchón va en la parte superior).	Facilita el procedimiento.
Solicite a la persona su retiro de la cama para iniciar el tendido.	Facilita el procedimiento.
Coloque la cama a una altura cómoda de acuerdo a la estatura de la persona que realice el procedimiento.	Favorece la mecánica corporal.
Empiece aflojando las sábanas desde la parte superior hasta la inferior del lado de inicio del procedimiento y continúe en el lado contrario.	Evita esfuerzos innecesarios.



Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Retire los tendidos de cama desde la cabecera, para lo cual enrolla las sábanas sobre sí mismas, sin sacudirlas mientras se retiran.	Evita esfuerzos innecesarios.
Proceda a colocar la nueva sábana	Facilita el tendido.
Inicie el tendido de la cama desde la parte superior, asegurándose de hacer el ángulo profundo en la cabecera.	Facilita el tendido.
Inicie el tendido de la sobresábana desde la parte inferior de la cama, cerciorándose de hacer un ángulo profundo en la parte inferior de la cama.	Evita que se destienda la sobresábana y los pies queden al descubierto.
Cerciórese de templar bien los tendidos y realizar el ángulo inferior.	Ofrece comodidad a la persona.
Proceda a organizar los tendidos del lado contrario desde la cabecera hasta los pies.	Facilita el procedimiento.
Cerciórese de templar bien la sábana y sobresábana.	Ofrece comodidad a la persona.
Deje la unidad en completo orden y aseo.	Permite cumplir protocolo institucional.
Coloque el timbre y todo lo que precise la persona a su alcance.	Proporciona mayor seguridad
Retire y deseche todos los elementos utilizados en el procedimiento, de acuerdo a protocolo de bioseguridad de la institución.	Evita infecciones intrahospitalarias y sanciones a la institución por desecho incorrecto.

Evaluación

Evalúe:

- Organización de los tendidos.
- Colaboración de la persona.

CAMA DE ANESTESIA

DEFINICIÓN

Es la técnica de tendidos de cama utilizados para brindar comodidad y confort a la persona sometidas a procedimientos quirúrgicos.

OBJETIVOS NOC

- Proporcionar un ambiente aséptico.
- Proporcionar termorregulación eficaz en el postoperatorio inmediato.
- Proporcionar comodidad y seguridad a la persona.

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

Valoración

Valore:

- Desinfección de los elementos de la unidad hospitalaria.
- Zona operatoria con el fin ofrecer el cuidado respectivo.
- Disposición de cobijas que proporcionen la termorregulación ideal para la persona.
- Funcionamiento correcto de las instalaciones de oxígeno y succión.

Diagnósticos de Enfermería

- 00008 Termorregulación ineficaz R/C con temperatura ambiental fluctuante M/P Fluctuaciones de la temperatura corporal por encima y por debajo del rango normal.
- 00005 Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal R/C ropas inadecuadas para la temperatura ambiente.
- 00183 Disposición para mejorar el confort M/P Expresa deseos de aumentar el confort (27), (31), (32).

Planeación NIC

- Preparar los elementos necesarios: Guantes desechables.
- Gorro, gafas, tapabocas y blusa.
- Sábana y sobresábana.
- Sábana y sobresábana.
- Cobijas o cubre lecho.
- Sabanita de movimiento.
- Hule.
- Protector de colchón.
- Almohada.
- Vaso.
- Jarra con agua.
- Funda de almohada.
- Riñonera, pato, orinal.
- Compresero o bolsa de plástico para la ropa sucia.

Ejecución NIC

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Retire de la unidad los objetos que puedan obstaculizar la desinfección y que requieran ser esterilizados.	Evita accidentes.
Verifique la desinfección de la cama y los elementos de la unidad hospitalaria.	Evita infecciones a la persona operada.
Conserve la técnica aséptica y aplique las normas de bioseguridad.	Evita eventos adversos como infecciones.
Prepare todo el material y organícelo en la silla.	Facilita un procedimiento organizado.
Cerciórese que el colchón esté cubierto con tela encauchada o plástico.	Evita humedad e infecciones.
Coloque las sábanas en orden inverso al que se va a utilizar (es decir la sábana que cubre el colchón va en la parte superior).	Facilita el procedimiento.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Coloque la cama en posición horizontal y a una altura cómoda de acuerdo a la estatura de la persona que realice el procedimiento.	Favorece la mecánica corporal.
Inicie el tendido de la cama desde la parte superior, asegurándose de hacer el ángulo profundo en la cabecera.	Facilita el tendido.
Cerciórese de templar bien los tendidos y realizar el ángulo inferior.	Evita úlceras por presión y ofrece comodidad a la persona.
Terminado el tendido de esta parte se procede a colocar la sabanita de movimiento con hule protector e introduzca los extremos debajo del colchón.	Evita lesiones osteomusculares en el personal de enfermería.
Tienda la sobresábana y la cobija sin hacer ángulo en los pies, doble los extremos de la parte superior hacia abajo y la parte inferior hacia arriba.	Facilita realizar el procedimiento.
Doble el tendido en acordeón a lo largo, del lado contrario por donde se va a recibir a la persona.	Facilita el paso de la persona de la camilla a la cama.
Coloque una almohada en la cabecera y asegúrese que la cama tenga sus correspondientes barandas.	Evita caídas y eventos adversos prevenibles en personas bajo efectos de la anestesia.
Deje en la unidad de la persona los elementos necesarios para su atención tales como atril, aspirador, oxígeno, pato, riñonera y otros.	Proporciona comodidad y seguridad.
Deje la unidad en completo orden y aseo.	Permite cumplir protocolo institucional.
Coloque el timbre y todo lo que precise la persona a su alcance.	Proporciona mayor seguridad.
Retire y deseche todos los elementos utilizados en el procedimiento, de acuerdo a protocolo de bioseguridad de la institución	Evita infecciones intrahospitalarias y sanciones a la institución por desecho incorrecto.



Evaluación

Evalúe:

- Desinfección de la cama y los elementos de la unidad hospitalaria, de acuerdo a protocolo de la institución.
- Buena disposición de la unidad y los tendidos de acuerdo a las necesidades de la persona operada.
- Que las cobijas proporcionen el calor necesario a la persona.
- Que la unidad de la persona disponga de los elementos necesarios, de acuerdo al proceso quirúrgico de la persona.

CAMA DE ARCO

DEFINICIÓN

Es la técnica que se utiliza para que el tendido de cama no entre en contacto con las áreas del cuerpo de las personas que presentan lesiones dérmicas, circulatorias o quemaduras.

OBJETIVOS NOC

- Evitar presiones o peso sobre áreas del cuerpo.
- Evitar infecciones.
- Facilitar algunos tratamientos.
- Proporcionar comodidad.

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

Valoración

Valore:

- La desinfección de los elementos de la cama de la unidad hospitalaria.
- Que la cama disponga de los elementos necesarios (Barandas, gradilla, atril, mesa para comer y demás elementos necesarios).
- Que las instalaciones de oxígeno y succión estén funcionando correctamente.

Diagnósticos de Enfermería

- 00046 Deterioro de la integridad cutánea R/C Factores mecánicos M/P Alteración de la superficie de la piel.
- 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C Cambios en la turgencia de la piel.
- 00183 Disposición para mejorar el confort M/P Expresa deseos de aumentar la relajación (27), (31), (32).

Planeación NIC

Preparar los elementos necesarios:

- Guantes desechables.
- Gorro, gafas, tapabocas y blusa.
- Sábana y sobresábana.
- Sábana y sobresábana.
- Cobija.
- Sabanita de movimiento.
- Hule.
- Protector de colchón.
- Vaso.
- Jarra con agua.
- Funda de almohada.
- Riñonera, pato, orinal.
- Arco o mesa comedor.
- Almohada.
- Funda de almohada.
- Compresero o bolsa de plástico para la ropa sucia.

Ejecución procedimiento NIC

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Retire de la unidad los objetos que puedan obstaculizar la desinfección y que requieran ser esterilizados.	Evita accidentes.
Verifique la desinfección de la cama y los elementos de la unidad hospitalaria.	Evita infecciones a la persona operada.
Conserve la técnica aséptica y aplique las normas de bioseguridad.	Evita eventos adversos como infecciones.
Prepare todo el material y organícelo en la silla.	Facilita un procedimiento organizado.
Cerciórese que el colchón esté cubierto con tela encauchada o plástico.	Evita infecciones y protege el colchón de la humedad.
Coloque las sábanas en orden inverso al que se va a utilizar (es decir la sábana que cubre el colchón va en la parte superior).	Facilita el procedimiento.
Coloque la cama en posición horizontal y a una altura cómoda de acuerdo a la estatura de la persona que realice el procedimiento.	Favorece la mecánica corporal.
Inicie el tendido de la cama desde la parte superior, asegurándose de hacer el ángulo profundo en la cabecera.	Facilita el tendido.
Cerciórese de templar bien los tendidos y realizar el ángulo inferior.	Evita úlceras por presión y ofrece comodidad a la persona.
Terminado el tendido de esta parte se procede a colocar la sabanita de movimiento con hule protector e introduzca los extremos debajo del colchón.	Evita lesiones osteomusculares en el personal de enfermería.
Coloque el arco metálico ya pre elaborado de manera que forme un puente sobre la zona afectada que se desee proteger.	Evita el roce de la piel lesionada con las sábanas.
Coloque encima la sobresábana y la cobija y cerciórese que el área afectada no entre en contacto con las prendas de vestir.	Evita pérdida de calor corporal por ausencia de abrigo.
Coloque la mesa comedor haciendo las veces de arco, en caso de no tener arcos.	Reemplaza el arco.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Tenga presente que para realizar el tendido de la cama se retira el arco; de igual forma para la realización de baño y alimentación de la persona.	Ofrece comodidad del procedimiento.
Deje en la unidad de la persona los elementos necesarios para su atención tales como atril, aspirador, oxígeno, pato, riñonera y otros.	Proporciona comodidad y seguridad.
Deje la unidad en completo orden y aseo.	Permite cumplir protocolo institucional.
Coloque el timbre y todo lo que precise la persona a su alcance.	Proporciona mayor seguridad.
Retire y deseche todos los elementos utilizados en el procedimiento de acuerdo a protocolo de bioseguridad de la institución.	Evita infecciones intrahospitalarias y sanciones a la institución por desecho incorrecto.

Evaluación

Evalúe:

- Desinfección de la cama y los elementos de la unidad hospitalaria de acuerdo a protocolo de la institución.
- Disposición del arco o mesa comedor de acuerdo a las necesidades de la persona.
- Estabilidad del arco, debe quedar fijo a la cama.
- Que la unidad de la persona disponga de los elementos necesarios de acuerdo a los procedimientos.

HIGIENE

La higiene está vinculada a la conservación de la salud y la prevención de las enfermedades. En este caso, el concepto incluye los conocimientos y técnicas que deben ser aplicados para controlar los factores que pueden tener efectos nocivos sobre la salud (52).



BAÑO EN CAMA

DEFINICIÓN

Es el cuidado de enfermería que se realiza en el momento de brindar el confort a la persona, que por su estado de salud no puede hacerlo por sí misma. El baño corporal es una necesidad básica del ser humano, en el cual la enfermera tiene la preparación de proporcionarlo.

OBJETIVOS NOC

- Proporcionar confort, higiene y bienestar a la persona.
- Eliminar la suciedad de la piel producto de las secreciones corporales.
- Valorar el estado de la piel.
- Activar la circulación.

RECOMENDACIONES

- Realizar baño general cada 24 horas.
- Utilizar jabones neutros.
- Mantener la piel de la persona limpia y seca.
- Valorar el estado de la piel a diario, durante el baño y cambios de posición.
- Valorar estado de hidratación, eritemas, fragilidad capilar, color y lesiones de la piel.
- No aplicar sobre la piel alcohol o colonias después del baño (re seca la piel).
- No frotar o masajear excesivamente sobre las prominencias óseas por riesgo de traumatismos.
- Evitar la formación de arrugas en las sábanas de la cama.
- Vigilar Incontinencias urinaria y fecal.
- Revisar sudoración excesiva y exudados que provoquen humedad.
- Evitar las lesiones por fricción o presión en las zonas más susceptibles de ulceración como son el sacro, los talones, los codos y los glúteos.
- Educar a la persona para que realice cambios de posición.
- Realizar cambios de posición cada 2 o 3 horas a personas dependientes.
- Usar cojines y almohadas para evitar la formación de zonas de presión.

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

Valoración

Valore:

- Estado de dependencia.
- Estado de salud general.
- Estado emocional y mental.
- Tratamiento que recibe.

Valore el estado de dependencia mediante:

Tabla 2. Medición de la independencia funcional

Estado de dependencia	Puntuación	Evaluación de la dependencia
Independencia	7	Independencia completa.
	6	Independencia con adaptaciones.
Dependencia parcial	5	Supervisión.
	4	Mínima asistencia (el paciente realiza 75% de la actividad).
	3	Asistencia moderada (el paciente realiza 50% de la actividad).
Dependencia completa	2	Máxima asistencia (el paciente realiza 25% de la actividad).
	1	Asistencia total (paciente realiza menos del 25% de la actividad).

Fuente: Micheli, Federico y otros (2002). Tratado de neurología clínica (53).

Para valorar el estado de salud general revise:

- Temperatura.
- Presión arterial.
- Pulso.
- Respiración.
- Estado de higiene.
- Heridas.

- Estado de la piel.
- Capacidad motora.
- Tratamiento y medicamentos que recibe.

Para valorar el estado emocional y mental revise:

- Somnolencia.
- Estado de conciencia.
- Orientación.
- Juicio.
- Memoria.
- Pensamiento.

Diagnósticos de Enfermería

- 00090 Deterioro de la habilidad para la traslación R/C Fuerza muscular insuficiente. M/P Incapacidad para levantarse de la cama.
- 00155 Riesgo de caídas R/C Deterioro de la movilidad física.
- 00183 Disposición para mejorar el confort M/P Expresa deseos de aumentar el bienestar (27), (31), (32).

Planeación (NIC)

- Preparar los elementos necesarios:
- Una toalla grande.
- Jarra con agua a 37° de temperatura.
- Platón (para recoger el agua).
- Dos hules de plástico.
- Compresas.
- Jabón neutro.
- Peine; el cual debe ser individual por persona.

- Ropa limpia de la persona.
- Ropa limpia para la cama.

Ejecución NIC

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Conserve la técnica aséptica durante el procedimiento.	Evita procesos de contaminación e infección.
Aplique las normas de bioseguridad.	Cumple con protocolo y evita eventos adversos.
Explique el procedimiento a la persona y solicite su colaboración de ser posible.	Permite la participación de la persona y hace parte del respeto hacia él.
Cierre puertas y ventanas.	Evita corrientes de aire
Aísle a la persona con cortina o biombo.	Proporciona intimidad a la persona.
Lávese las manos y colóquese bata y guantes.	Evita transmisión de microorganismos.
Desnude a la persona y cúbralo con las sábanas o una toalla.	Humaniza el Cuidado de Enfermería.
Realice el procedimiento cefalocaudal.	Permite un proceso sistemático.
Lave la cara con agua sola y empiece por los ojos.	Permite aplicar el principio cefalocaudal.
Destape solo zonas correspondientes al baño a realiza (cuello, hombros, axila, brazos y manos).	Facilita el procedimiento y proporciona intimidad.
Separe los brazos, enjabone tórax, axilas, brazos y manos (insistir en axilas y pliegues, sobre todo en los mamilarios). Aclarar y secar, sobre todo las zonas de los pliegues.	Proporciona intimidad a la persona.
Continúe con la higiene del abdomen, insistiendo en el área umbilical.	Da continuidad al procedimiento.
Siga con la higiene de las extremidades inferiores, haciendo énfasis en las zonas interdigitales de los pies.	Proporciona higiene y comodidad.
Seque bien las zonas interdigitales.	Evita infecciones a la persona.



Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Coloque a la persona en posición decúbito lateral para proceder al aseo de la zona de la espalda y glúteos.	Proporciona comodidad y permite valorar el estado de la piel.
Realice masajes.	Activa la circulación y evita la formación de zonas de presión.
Continúe con la higiene de genitales de acuerdo a procedimiento descrito.	Permite aplicar la técnica en orden cefalo-caudal.
Deseche todos los elementos utilizados en el procedimiento, de acuerdo a protocolo de bioseguridad.	Aplica protocolo de bioseguridad y evita infecciones intrahospitalarias.
Registre el procedimiento y observaciones en la historia clínica de la persona.	Permite dejar constancia de la actividad realizada y seguimiento del procedimiento.

Evaluación

Evalúe:

- Posibles complicaciones como:
 - ▷ Lesiones en la piel.
 - ▷ Traumas.
 - ▷ Riesgos de caídas.
- Posición de la persona.
- Alteraciones de la temperatura corporal.
- Trastornos de autoestima.
- Intolerancia al procedimiento.
- Participación de la persona con el procedimiento.

BAÑO EN SILLA

DEFINICIÓN

Procedimiento que se realiza a la persona que por su estado de salud no puede movilizar sus extremidades inferiores, permitiendo la participación activa en su propia higiene y bienestar.

OBJETIVOS NOC

- Proporcionar confort y comodidad.
- Lograr la participación activa de la persona en su propia higiene.
- Eliminar microorganismos de la piel.
- Facilitar la transpiración cutánea.
- Activar la circulación sanguínea.

RECOMENDACIONES

- Revisar las órdenes médicas y ver si hay contraindicaciones para movilizar a la persona.
- Trasladar a la persona en la silla hasta el baño con las medidas de seguridad necesarias.
- Evitar corrientes de aire y exposiciones innecesarias.
- Colocar el freno a la silla para evitar su desplazamiento y posibles accidentes.
- Nunca dejar a la persona sola durante el procedimiento.
- Proporcionar los elementos necesarios para realizar su higiene personal
- Suspender el procedimiento si la persona presenta alteraciones e informar lo observado.

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

Valoración

Valore:

- Tratamiento que recibe.
- Estado de salud general.
- Estado emocional y mental.
- Capacidad motora de miembros superiores de la persona para su desplazamiento.

Diagnósticos de Enfermería

- 00089 Deterioro de la movilidad en silla de ruedas R/C Falta de condición física M/P Deterioro de la capacidad para maniobrar la silla de ruedas manual en superficies regulares.
- 00155 Riesgo de caídas R/C Uso de silla de ruedas.
- 00182 Disposición para mejorar el autocuidado M/P Expresa deseos de aumentar la independencia en el mantenimiento de la salud (27), (31), (32).

Planeación NIC

Preparar los elementos necesarios:

- Jabón líquido o en barra.
- Champú para el cabello.
- Cepillo de dientes.
- Crema dental.
- Vaso.
- Compresas o toallitas.
- Una toalla grande.
- Peine; el cual debe ser individual.
- Ropa limpia de la persona.
- Bolsa para la ropa sucia.

Ejecución (NIC)

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Ayude a la persona en silla de ruedas a ir al cuarto de baño.	Permite a la persona participar de su autocuidado.
Coloque el seguro a la silla de ruedas.	Proporciona seguridad.
Conserve la técnica aséptica durante el procedimiento.	Evita procesos de contaminación e infección.
Aplique las normas de bioseguridad.	Cumple con protocolo y evita eventos adversos

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Explique el procedimiento a la persona y solicite su colaboración de ser posible.	Permite la participación de la persona y hace parte del respeto hacia él.
Cierre puertas y ventanas.	Evita corrientes de aire.
Ayude a la persona a desvestirse y cúbralo con una toalla.	Proporciona privacidad y humaniza el cuidado.
Prepare el baño con todo lo necesario al alcance del paciente.	Proporciona comodidad y confort.
Deje al paciente que se bañe. Si es necesario, ayúdele a lavarse la espalda.	Fomenta el autocuidado.
Ayude a la persona a secarse y vestirse.	Proporciona confort y humaniza el cuidado.
Ayude a trasladar la persona a la cama.	Evita caídas y eventos adversos.
Ayude a la persona a finalizar su arreglo.	Ofrece confort y evita eventos adversos.
Deje cómodo a la persona.	Ofrece confort y evita eventos adversos.
Retire la ropa sucia y colóquela en el lugar indicado.	Cumple con protocolo de bioseguridad.
Deje el sitio limpio y en orden.	Aplica normas de bioseguridad.
Lávese las manos.	Aplica protocolo de técnica aséptica.
Registre el procedimiento y observaciones en la historia clínica de la persona.	Permite dejar constancia de la actividad realizada y seguimiento del procedimiento.

Evaluación

Evalúe:

- Riesgo de caídas.
- Movilidad de la persona para su desplazamiento.
- Estado de salud general.
- Estado emocional y mental.
- Participación de la persona durante el procedimiento.



HIGIENE GENITAL MASCULINA

DEFINICIÓN

Procedimiento orientado a mantener la higiene del periné, escroto y pene como parte del aseo diario de la persona, permite dejar los genitales libres de gérmenes y hace parte del procedimiento del baño en cama. Tiene unas connotaciones especiales que se deben observar al realizarlo.

OBJETIVOS NOC

- Proporcionar confort y bienestar.
- Prevenir riesgo de infecciones urinarias.
- Identificar secreciones uretrales y sus características.
- Identificar anomalías en los genitales masculinos.

RECOMENDACIONES

- Verificar que la temperatura del agua sea de 36° C.
- Solicitar a la persona que orine o defaque en lo posible antes de iniciar el procedimiento.
- Verificar que la zona perineal y genital quede seca después del baño (la humedad ayuda a la proliferación de gérmenes).

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

Valoración del baño de genitales masculinos

Valore:

- Higiene de los genitales.
- Secreciones uretrales y sus características.
- Integridad de la piel del pene y escroto.
 - ▷ Verrugas.
 - ▷ Condilomas.
- Enrojecimiento e Infecciones en genitales.

- Edemas e inflamación de los genitales.
- Molestias en la zona perianal.
- Necesidad de interconsulta médica.

Diagnósticos de Enfermería

- 00108 Déficit de autocuidado: baño R/C Deterioro músculo-esquelético. M/P incapacidad para lavarse el cuerpo.
- 00010 Riesgo de disreflexia autónoma R/C Procedimiento quirúrgico.
- 00166 Disposición para mejorar la eliminación urinaria M/P Aporte de líquidos adecuado para satisfacer las necesidades diarias (27), (31), (32).

Planeación NIC

- Preparar los elementos necesarios:
- Guantes desechables.
- Gorro, gafas, tapabocas y blusa.
- Sábana y sobresábana.
- Jarra con agua tibia.
- Pato.
- Jabón neutro.
- Toalla.
- Gasas.
- Riñonera.
- Papel higiénico.
- Pañal desechable (adulto mayor).
- Recipientes para desechar los residuos hospitalarios provenientes del procedimiento realizado.



Ejecución, NIC, del baño de genitales masculinos

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Conserve la técnica aséptica durante el procedimiento.	Evita procesos de contaminación e infección.
Aplique las normas de bioseguridad.	Cumple con protocolo y evita eventos adversos
Explique el procedimiento a la persona y solicite su colaboración de ser posible.	Permite la participación de la persona y hace parte del respeto hacia él.
Cierre puertas y ventanas o aislar a la persona cortina biombo.	Proporciona privacidad y evita corrientes de aire.
Coloque el pato.	Facilita el procedimiento y evita mojar la cama.
Deje descubierto los genitales cubriendo el resto del cuerpo.	Evita exposiciones innecesarias.
Vierta agua sobre los genitales	Facilita la limpieza genital.
Enjabone con jabón neutro los genitales externos (pene y testículos)	Evita irritaciones en la piel.
Enjuague con abundante agua los residuos del jabón.	Facilita terminar el procedimiento y evita resequedad de la mucosa genital.
Retire el pato y seque la región genital.	Evite que la zona quede húmeda.
Coloque el pañal, si fuere necesario.	Ofrece comodidad y confort a la persona.
Deje cómodo a la persona.	Ofrece confort y evita eventos adversos.
Retire todos los elementos utilizados en el procedimiento y deseche de acuerdo al protocolo de bioseguridad.	Permite el orden y aseo de la unidad del paciente y la aplicación del protocolo de desecho hospitalario.
Registre el procedimiento y observaciones en la historia clínica de la persona.	Permite dejar constancia de la actividad realizada y hacer seguimiento del procedimiento.

Evaluación

Evalúe:

- Posibles complicaciones derivadas de la técnica como lesiones, dolor o problemas presentados durante el procedimiento.

- Sentimientos de aceptación o rechazo de la persona al procedimiento realizado.
- Necesidad de tratamiento médico.

HIGIENE GENITAL FEMENINA

DEFINICIÓN

Procedimiento que tiene como propósito brindar higiene y confort de los genitales externos y región perineal a la mujer hospitalizada con el fin de evitar infecciones y eliminar olores desagradables. En presencia de secreciones abundantes y período menstrual, debe hacerse varias veces al día.

OBJETIVOS NOC

- Proporcionar higiene y confort.
- Prevenir el riesgo de infecciones urinarias.
- Identificar flujos vaginales y sus características.
- Identificar anomalías en los genitales femeninos.

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

Valoración del baño de genitales femeninos

Valore:

- Higiene de genitales externos.
- Secreciones vaginales y sus características.
- Integridad de la piel.
 - ▷ Enrojecimiento.
 - ▷ Infecciones.
 - ▷ Inflamación o edemas.
 - ▷ Verrugas.
 - ▷ Condilomas.
- Molestias en la zona perineal.

- Necesidad de interconsulta médica.

Diagnósticos de Enfermería

- 00108 Déficit de autocuidado: baño R/C Deterioro músculo-esquelético. M/P incapacidad para lavarse el cuerpo.
- 00010 Riesgo de disreflexia autónoma R/C Procedimiento quirúrgico.
- 00166 Disposición para mejorar la eliminación urinaria M/P Aporte de líquidos adecuado para satisfacer las necesidades diarias (27), (31), (32).

Planeación NIC

Preparar los elementos necesarios:

- Guantes desechables.
- Gorro, gafas, tapabocas y blusa.
- Sábana y sobesábana.
- Jarra con agua tibia.
- Pato.
- Jabón neutro .
- Toalla.
- Toallas higiénicas (si fuere necesario).
- Gasas.
- Riñonera.
- Papel higiénico.
- Pañal desechable (adulto mayor).
- Recipientes para desechar los residuos hospitalarios provenientes del procedimiento realizado.

Ejecución, NIC, del baño de genitales femeninos

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Conserve la técnica aséptica durante el procedimiento.	Evita procesos de contaminación e infección.
Aplique las normas de bioseguridad.	Cumple con protocolo y evita eventos adversos.
Explique el procedimiento a la persona y solicite su colaboración de ser posible.	Permite la participación de la persona y hace parte del respeto hacia él.
Cierre puertas y ventanas o aislar a la persona cortina biombo.	Proporciona privacidad y evita corrientes de aire.
Coloque el pato.	Facilita el procedimiento y evita mojar la cama.
Deje descubierto los genitales cubriendo el resto del cuerpo.	Facilita el procedimiento y evita exposiciones innecesarias.
Vierta agua sobre los genitales.	Facilita la limpieza genital.
Coloque a la persona en posición ginecológica.	Facilita la aplicación de la técnica.
Enjabone y lave la zona genital en siguiente orden: pubis, zona interna de los muslos (maneje la técnica de lo limpio a lo sucio).	Permite la aplicación de protocolo.
Separe los labios mayores con la mano no dominante y con la otra limpie el lado izquierdo de arriba hacia abajo con una gasa impregnada con agua jabonosa y deseche la gasa (repita el procedimiento en el lado contrario).	Permite aplicar la técnica.
Continúe la limpieza de la parte central de los genitales de arriba hacia abajo utilizando una gasa con agua jabonosa (en caso necesario utilice otra gasa).	Permite aplicar la técnica.
Coloque especial atención a los pliegues que hay entre los labios menores y mayores.	Protege la aparición de infecciones.
Realice la limpieza de la zona perineal y el pliegue interglúteo.	Permite la continuidad de la higiene genital.
Enjuague con abundante agua.	Facilita terminar el procedimiento y evita resequedad de la mucosa genital.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Retire el pato y seque la región genital.	Evite que la zona quede húmeda.
Coloque toalla higiénica o pañal si fuere necesario.	Ofrece comodidad y confort a la persona.
Deje cómodo a la persona.	Ofrece confort y evita eventos adversos.
Retire todos los elementos utilizados en el procedimiento y deseche de acuerdo al protocolo de bioseguridad.	Permite el orden y aseo de la unidad del paciente y la aplicación del protocolo de desecho hospitalario.
Registre el procedimiento y observaciones en la historia clínica de la persona.	Permite dejar constancia de la actividad realizada y hacer seguimiento del procedimiento.

Evaluación

Evalúe:

- Posibles complicaciones derivadas de la técnica como lesiones, dolor o problemas presentados durante el procedimiento.
- Sentimientos de aceptación o rechazo de la persona al procedimiento realizado.
- Necesidad de tratamiento médico.

HIGIENE Y CUIDADO DE LA BOCA A LA PERSONA INCONSCIENTE O PERSONAS CON ALTO GRADO DE DEPENDENCIA

DEFINICIÓN

Procedimiento que se realiza a la persona inconsciente o alto grado de dependencia con el fin de prevenir infecciones y proporcionar bienestar y confort.

OBJETIVOS NOC

- Proporcionar comodidad, limpieza y confort de la cavidad oral.
- Mantener la mucosa hidratada y evitar sequedad oral.
- Prevenir infecciones.

- Evitar la halitosis.
- Eliminar gérmenes.
- Reducir la placa bacteriana.

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

Valoración de la higiene y cuidado de la boca a la persona inconsciente

Valore:

- Estado de dependencia y necesidad de ayuda.
- Estado general de salud de la persona.
- Estado de conciencia de la persona.
 - ▷ Lucidez.
 - ▷ Somnolencia.
 - ▷ Obnubilación.
 - ▷ Sopor.
 - ▷ Coma.
- Producción de saliva.
- Cavidad oral:
 - ▷ Estado general de los dientes.
 - ▷ Presencia de caries.
 - ▷ Presencia de prótesis.
 - ▷ Enfermedades periodontales.
- Procedimientos quirúrgicos u odontológicos.

Diagnósticos de Enfermería

- 00045 Deterioro de la mucosa oral R/C traumatismo M/P Presencia de patógenos.
- 00040 Riesgo de síndrome de desuso R/C Alteración del nivel de conciencia
- 00183 Disposición para mejorar el confort M/P Expresa deseos de au-



mentar el confort (27), (31), (32).

Planeación NIC

Preparar los elementos necesarios:

- Guantes desechables.
- Gorro, gafas, tapabocas y blusa.
- Jarra con agua.
- Vaso desechable.
- Cepillo de dientes, de cerdas suaves.
- Gasas enrolladas en bajalenguas.
- Pasta dentífrica.
- Sonda de aspiración conectada al aspirador.
- Enjuague bucal.
- Toallas.
- Riñonera.
- Recipientes para desechar los residuos hospitalarios provenientes del procedimiento realizado.

Ejecución NIC

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Conserve la técnica aséptica durante el procedimiento.	Evita procesos de contaminación e infección.
Aplique las normas de bioseguridad.	Cumple con protocolo y evita eventos adversos
Explique el procedimiento a la persona y solicite su colaboración de ser posible.	Permite la participación de la persona y hace parte del respeto hacia él.
Coloque a la persona en posición de Fowler o con la cabeza girada hacia un lado, quitando previamente la almohada si su estado de salud lo permite.	Evita broncoaspiración.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Extienda la toalla de manera que le cubra hombros y tórax.	Evitar humedad innecesaria.
Coloque la riñonera debajo de la barbilla.	Ofrece comodidad durante el procedimiento.
Inspeccione la mucosa oral, labios, lengua y dientes.	Permite la valoración.
Utilice bajalenguas, para mantener abierta la boca de la persona si fuere necesario.	Mejor valoración de cavidad oral.
Si la persona tiene dientes naturales, realice el cepillado.	Asegura la limpieza bucal.
Realice el cepillado de los dientes con crema dental y movimientos suaves de arriba hacia abajo y viceversa.	Permite realizar la limpieza correctamente.
Irrigue con una jeringa la cavidad oral y al mismo tiempo aspire suavemente el agua.	Proporciona seguridad y evita broncoaspiración.
Repita el procedimiento, si fuere necesario.	Garantiza la limpieza.
Seque la zona peribucal e hidrate los labios si fuere necesario.	Mantiene hidratación en los labios.
Si la persona tiene prótesis, retírela y realice la limpieza.	Proporciona seguridad.
Con la ayuda de una gasa impregnada en solución antiséptica, limpie la mucosa de la mejilla, paladar, encías, base de la boca y lengua. Utilice una torunda diferente para cada área.	Previene infecciones.
Introduzca a la cavidad oral una jeringa con agua, al mismo tiempo extraiga el líquido con aspirador. Evite que la sonda del aspirador, tenga contacto con la mucosa.	Previene lesiones en la mucosa oral.
Seque la zona peribucal e hidrate los labios si fuere necesario.	Mantiene hidratación en los labios.
Deje cómodo y segura a la persona.	Ofrece confort y evita eventos adversos.
Retire y deseche todos los elementos utilizados en el procedimiento de acuerdo al protocolo de bioseguridad.	Evita infecciones intrahospitalarias y mayor confort a la persona y sanciones por desecho incorrecto del material.



Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Registre el procedimiento y observaciones en la historia clínica de la persona.	Permite dejar constancia de la actividad realizada y hacer seguimiento del procedimiento.

Evaluación

Evalúe:

- Irritación de la mucosa oral.
- Tolerancia y reacción al procedimiento.
- Presencia de dolor.
- Problemas presentados durante el procedimiento.
- Cómo se sintió la persona con el procedimiento realizado.
- Posibles complicaciones derivadas de la técnica como lesiones.
- Sentimientos de aceptación o rechazo de la persona al procedimiento realizado.
- Necesidad de tratamiento odontológico.

HIGIENE DEL CABELLO

DEFINICIÓN

Procedimiento mediante el cual se lleva a cabo la limpieza del cuero cabelludo y cabello a la persona en situación de dependencia.

OBJETIVOS NOC

- Ofrecer comodidad y confort.
- Remover la suciedad.
- Prevenir infecciones.
- Activar la circulación sanguínea del cuero cabelludo.
- Prevenir problemas como la pediculosis.
- Contribuir al buen aspecto personal.

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

Valoración

Valore:

- Implantación capilar.
- Integridad del cuero cabelludo.
- Enrojecimiento.
- Masas.
- Características del cabello.
- Integridad.
- Sensibilidad.
- Estado de higiene capilar.
- Costras, caspa, pediculosis.

Diagnósticos de Enfermería

- 00214 Disconfort R/C Síntomas relacionados con la enfermedad M/P Expresa sentirse incómodo.
- 00004 Riesgo de infección R/C Enfermedad crónica.
- 00183 Disposición para mejorar el confort M/P Expresa deseos de aumentar el sentimiento de satisfacción (27), (31), (32).

Planeación NIC

Preparar los elementos necesarios:

- Guantes desechables.
- Gorro, gafas, tapabocas y blusa.
- Silla.
- Platón.
- Jarra con agua a 37° C de temperatura.
- Champú o Jabón líquido.



- Una toalla grande.
- Hule o plástico.
- Torundas de algodón.
- Balde.
- Peineta.
- Ropa limpia de la persona.
- Ropa limpia para la cama.
- Bolsa para ropa sucia.
- Recipientes para desechar los residuos hospitalarios provenientes del **procedimiento realizado**.

Ejecución NIC

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Conserve la técnica aséptica durante el procedimiento.	Evita procesos de contaminación e infección.
Aplique las normas de bioseguridad.	Cumple con protocolo y evita eventos adversos.
Explique el procedimiento a la persona y solicite su colaboración, de ser posible.	Permite la participación de la persona y hace parte del respeto hacia él.
Retire previamente la almohada, si la salud de la persona lo permite.	Facilita el procedimiento.
Coloque a la persona en posición Roser (con la cabeza colgando).	Permite el buen drenaje del agua sucia.
Coloque el hule o plástico de manera que salga desde los hombros de la persona y caiga hasta el balde ubicado en el suelo.	Evita la humedad del colchón.
Proteja los oídos con torundas de algodón.	Evita entrada de agua al oído.
Vierta agua en el cabello	Facilita el procedimiento.
Aplique el champú o jabón líquido en toda la superficie capilar.	Remueve la suciedad.
Masajee suavemente el cuero cabelludo	Activa la circulación.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Vierta agua para retirar el champú, hasta que salga limpia.	Verifique la limpieza del agua y repita el procedimiento si fuera necesario.
Retire el hule o plástico y reemplácelo por la toalla, proceda a secar el cabello.	Verifique que el cabello no escurra agua.
Peine delicadamente el cabello y déjelo suelto.	Permite el secado rápidamente.
Retire y deseche todos los elementos utilizados en el procedimiento de acuerdo al protocolo de bioseguridad de la institución.	Evita infecciones intrahospitalarias y sanciones a la institución por desecho incorrecto.
Registre el procedimiento y observaciones en la historia clínica de la persona.	Permite dejar constancia de la actividad realizada y hacer seguimiento del procedimiento.

Evaluación

- Evalúe:
- Limpieza del cabello y cuero cabelludo.
- Presencia de pediculosis (piojos, liendres).
- Sentimientos de aceptación o rechazo de la persona con el procedimiento realizado.

MASAJES

DEFINICIÓN

El masaje es un procedimiento que ejecuta la enfermera con el fin de brindar bienestar, comodidad y confort. Evita el deterioro de la integridad cutánea de la persona, se considera terapéutico porque activa la circulación y previene la formación de coágulos.

TIPOS DE MASAJES

- **Masaje superficial:** Consiste en pasar suave y rítmicamente la palma de las manos sobre la piel.
- **Masaje profundo:** Se aplica mayor presión, equivalente a 10 mm de Hg, a fin de empujar la sangre venosa.

- **Amasamiento:** Consiste en tomar un músculo o varios músculos entre el pulgar y la eminencia tenar de los demás dedos.
- **Percusión:** Consiste dar una serie de golpes, breves y rápidos de intensidad mayor o menor que se pueden dar con el puño cerrado, con las palmas de las manos o con el dorso (54).

OBJETIVOS NOC

- Prevenir la formación de úlceras por presión.
- Activar la circulación sanguínea.
- Mantener la integridad cutánea.
- Producir relajación y bienestar.
- Evitar acumulación de líquidos en los tejidos y fibrosis muscular.

RECOMENDACIONES

Evite realizar el masaje en caso de:

- Terapia de anticoagulación.
- Estados febriles.
- Erupciones cutáneas o contusiones.
- Articulaciones inflamadas.
- Huesos con fracturas.
- Varices.
- Flebitis/Trombosis.
- Tumores.

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

- Valoración.
- Valore:
 - Higiene e integridad de la piel.
 - Hidratación y erupciones cutáneas.
 - Sensibilidad de la piel y presencia de tumores.
 - Zonas de presión prolongadas.

- Circulación sanguínea, várices, flebitis/Trombosis.
- Termorregulación.

Diagnósticos de Enfermería

- 00046 Deterioro de la integridad cutánea R/C deterioro de la circulación M/P alteración de la superficie de la piel.
- 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C Deterioro de la circulación.
- 00183 Disposición para mejorar el confort M/P Expresa deseos de aumentar la relajación (27), (31), (32).

Planeación NIC

Preparar los elementos necesarios:

- Bandeja.
- Guantes desechables.
- Gorro, gafas, tapabocas y blusa.
- Sábana y sobresábana.
- Crema humectante.
- Masajeado o vibrador para la piel.
- Toallas de papel.
- Recipientes para desechar los residuos hospitalarios provenientes del procedimiento realizado.

Ejecución NIC

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Conserve la técnica aséptica durante el procedimiento.	Evita procesos de contaminación e infección.
Aplique las normas de bioseguridad.	Cumple con protocolo y evita eventos adversos.
Explique el procedimiento a la persona y solicite su colaboración de ser posible.	Permite la participación de la persona y hace parte del respeto hacia él.
Cierre puertas y ventanas o aisle a la persona cortina biombo.	Ofrece privacidad y evita corrientes de aire.



Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Coloque a la persona en posición adecuada según el sitio en el que va a proporcionar el masaje. Ejemplo: si va a masajear la espalda, a la persona debe estar en posición decúbito ventral.	Facilita la realización del procedimiento.
Lubrique las manos y frótelas entre sí con la crema humectante.	Proporciona confort y evita el impacto del frío al contacto con las manos.
Inicie el masaje suavemente deslizando la mano por la superficie de la piel.	Activa la circulación.
Realice el masaje de abajo hacia arriba en dirección de los vasos linfáticos y el retorno venoso. De los pies a las rodillas y de estas a las región inguinal; de la mano a la muñeca y de esta al codo, después a las axilas; en el tórax del esternón hacia arriba y afuera por debajo de las axilas.	Activa el retorno venoso y linfático.
Apoye la palma de la mano completamente sobre la superficie de la piel con una presión uniforme.	Facilita el procedimiento.
Repita el procedimiento, según necesidad.	Ofrece comodidad y confort.
Sitúe la palma de la mano sobre la región a friccionar con el pulgar opuesto a los demás dedos.	Activa la circulación.
Ejerza presión al inicio, aumente poco a poco y disminuya al pasar por las articulaciones y cerca de los ganglios linfáticos.	Evita daño en el sistema circulatorio y linfático.
Desplace las manos suavemente con movimientos lentos y rítmicos.	Evita causar dolor.
Deje a la persona en una posición cómoda y segura	Evita eventos adversos
Retire todos los elementos utilizados en el procedimiento y deseche de acuerdo al protocolo de bioseguridad.	Permite el orden y aseo de la unidad del paciente y la aplicación del protocolo de desecho hospitalario.
Registre el procedimiento y observaciones en la historia clínica de la persona.	Permite dejar constancia de la actividad realizada y hacer seguimiento del procedimiento.

NOTA: Los otros tipos de masajes por considerarse especializados deben ser realizados por fisioterapeutas.

Evaluación

Evalúe:

- Estado de la piel de la persona.
- Textura de la piel.
- Zonas de presión prolongadas.
- Cómo se sintió la persona con el procedimiento realizado.

POSICIONES QUE PUEDE ADOPTAR LA PERSONA

DEFINICIÓN

Procedimientos que permiten alinear el cuerpo para evitar contracturas, mejorar la respiración, disminuir los riesgos de daños tisulares, úlceras por presión también se utilizan en algunos casos, como en la atención del parto, toma de citología vaginal, aplicación de enemas, supositorios entre otros.

POSICIONES

1. Posición anatómica o normal de pie (bipedestación).
2. Posición sentada (sedestación).
3. Posición decúbito supino o dorsal.
4. Posición decúbito ventral o prona.
5. Posición decúbito lateral izquierda o derecha.
6. Posición de fowler y semifowler.
7. Posición de Sims o semiprona.
8. Posición ginecológica o de litotomía.
9. Trendelemburg, antitrendelemburg y posición de drenaje.



10. Posición de Roser o de Proetz.
11. Posición para realizar una punción lumbar.
12. Posición genupectoral.

OBJETIVOS (NOC)

- Proporcionar alineación corporal.
- Promover el funcionamiento normal de todas las partes del cuerpo.
- Evitar trastornos circulatorios y alteraciones en los tejidos.
- Facilitar el drenaje de secreciones.
- Preparar a la persona para la realizar exámenes específicos e intervenciones quirúrgicas.
- Evitar incapacidad y deterioro de las partes del cuerpo.
- Colocar a la persona en posición anatómica y confortable.

RECOMENDACIONES

- Las articulaciones se deben mantener en ligera flexión.
- Conservan la alineación corporal.
- Cambiar de posición a la persona cada dos horas mínima.
- Realizar ejercicios corporales a la persona diariamente.
- Sostener las articulaciones de la región cervical y de las extremidades al movilizar estas partes.
- Utilizar soportes y cojines cuando la persona permanezca en una posición por tiempo prolongado, dejando las articulaciones en ligera flexión.
- Utilizar sábana de movimiento para facilitar el procedimiento.
- Solicitar ayuda para movilizar a la persona cuando su estado o complejión física lo requiera.

PROCESO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA, PCE

Valoración

Valore:

- Estado neurológico de la persona.
- Estado de dependencia de la persona.
- Integridad y sensibilidad de la piel.
- Zonas de presión prolongadas.
- Circulación sanguínea.

Diagnósticos de Enfermería

- 00100 Retraso en la recuperación quirúrgica R/C Procedimiento quirúrgico prolongado M/P deterioro de la movilidad.
- 00087 Riesgo de lesión postural perioperatoria R/C debilidad muscular.
- 00162 Disposición para mejorar la gestión de la propia salud (27), (31), (32).

Planeación NIC

- Preparar los elementos necesarios:
- Guantes desechables.
- Gorro, gafas, tapabocas y blusa.
- Camas eléctricas o manuales.
- Sillas.
- Soportes.
- Almohadas y Cojines.
- Sábanas.
- Sabanita de movimiento.
- Toallas.
- Recipientes para desechar los residuos hospitalarios provenientes del procedimiento realizado.



POSICIÓN ANATÓMICA O NORMAL DE PIE (bipedestación)

Definición

En esta posición, el cuerpo humano debe estar de pie, con la cabeza y el cuello erectos, la mirada hacia el frente, los brazos extendidos y palmas de las manos hacia el frente a ambos lados del cuerpo, las piernas extendidas y ligeramente separadas, con los pies y los tobillos juntos (el eje vertical va de la cabeza a los pies, es un eje “céfalo-caudal”) (55).

Ejecución NIC

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Conserve la técnica aséptica durante el procedimiento.	Evita procesos de contaminación e infección.
Aplique las normas de bioseguridad.	Cumple con protocolo y evita eventos adversos
Explique el procedimiento a la persona y solicite su colaboración.	Permite la participación de la persona y hace parte del respeto hacia él.
Cierre puertas y ventanas o aisle a la persona con cortina o biombo.	Proporciona privacidad y evita eventos adversos.
Valore la capacidad de movilización y sostenimiento en pie de la persona.	Permite conocer las condiciones físicas de la persona y evita eventos adversos.
Disponga de elementos de apoyo en caso necesario (bastón, caminador y otros).	Ofrece seguridad.
Coloque la cama en posición horizontal.	Facilita la movilización.
Indique a la persona colocarse en posición decúbito lateral y apoyando la mano en la cama proceda a sentarse.	Prepara la movilización con seguridad.
Indique a la persona que respire lentamente y permanezca algunos minutos sentada.	Evita eventos adversos (mareos)
Observe tolerancia a la movilización.	Ofrece seguridad a la persona.
Indique a la persona que se coloque en bipedestación (de pie).	Facilita la movilización.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Verifique que la persona esté en posición erecta con los brazos extendidos a lo largo del cuerpo y las piernas ligeramente separadas.	Ofrece seguridad y evita eventos adversos.
Observe las facies y respuesta a la posición.	Permite valor cambios físicos en la persona.
Ayude a sentar a la persona, si no tolera la posición de pie.	Ofrece seguridad.
Indique a la persona que realice la deambulaci3n iniciando con el pie dominante.	Permite coordinaci3n de los movimientos.
Solicite que la deambulaci3n se realice en forma lenta.	Evita eventos adversos (mareos).
Permanezca muy cerca de la persona y brindele apoyo en caso necesario.	Ofrece seguridad a la persona.
Evalúe la tolerancia de la persona a la movilizaci3n.	Permite conocer la respuesta de la persona a la posici3n.
Indique deambulaci3n progresiva.	Promueve la movilidad segura.
Deje a la persona sentada en una posici3n c3moda y segura.	Ofrece confort y evita eventos adversos.
Retire todos los elementos utilizados en el procedimiento y deseche, de acuerdo al protocolo de bioseguridad.	Permite el orden y aseo de la unidad del paciente y la aplicaci3n del protocolo de desecho hospitalario.
Registre el procedimiento y observaciones en la historia clínicade la persona.	Permite dejar constancia de la actividad realizada y hacer seguimiento del procedimiento.

Evaluaci3n

Evalúe:

- Estado de dependencia de la persona.
- Respuesta a la deambulaci3n.
- Respuesta al dolor físico.
- Sentimiento de la persona con el procedimiento realizado.



POSICIÓN SENTADA (sedestación)

Definición

En esta posición, los glúteos se apoyan sobre el asiento, la espalda queda rec- ta sobre el espaldar de la silla, los muslos ligeramente separados, las rodillas flexionadas y los pies descansan cómodamente sobre el piso. Personas con movilidad limitada pueden apoyar los pies en una gradilla alternándolos para lograr mayor comodidad. Si la persona se sienta por primera vez, tenga en cuenta que debe hacerlo por pocos minutos.

Ejecución NIC

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Conserve la técnica aséptica y aplique las normas de bioseguridad.	Cumple con protocolo y evita eventos adversos
Valore la capacidad de movilización y sostenimiento en sedestación de la persona.	Permite conocer las condiciones físicas de la persona y evita eventos adversos.
Explique el procedimiento a la persona y solicite su colaboración.	Permite la participación de la persona en su autocuidado.
Solicite ayuda si lo requiere y aplique la mecánica corporal para movilizar a la persona.	Evita lesiones osteo-musculares en el personal de enfermería.
Coloque la silla cerca de la cama.	Facilita el procedimiento.
Coloque la cama en posición horizontal.	Facilita la movilización.
Indique a la persona colocarse en decúbito lateral y apoyando la mano en la cama proceda a sentarse.	Prepara la movilización con seguridad.
Observe tolerancia a la movilización.	Evita eventos adversos.
Indique a la persona que se coloque en sedestación (sentada)	Facilita la movilización.
Indique a la persona que respire lentamente y permanezca algunos minutos sentada.	Evita eventos adversos (mareos).

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Solicite a la persona que se baje de la cama, se siente con la espalda apoyada en el respaldo de la silla, con los muslos ligeramente separados.	Ofrece seguridad y confort a la persona.
Observe las facies y respuesta a la posición.	Permite valor cambios físicos en la persona.
Permanezca muy cerca de la persona y bríndele apoyo en caso necesario.	Ofrece seguridad a la persona.
Evalúe la tolerancia de la persona a la posición.	Permite conocer la respuesta de la persona a la posición.
Deje a la persona sentada en una posición cómoda y segura.	Ofrece confort y evita eventos adversos.
Retire todos los elementos utilizados en el procedimiento y deseche de acuerdo al protocolo de bioseguridad.	Permite el orden y aseo de la unidad del paciente y la aplicación del protocolo de desecho hospitalario.
Registre el procedimiento y observaciones en la historia clínica de la persona.	Permite dejar constancia de la actividad realizada y hacer seguimiento del procedimiento.

Evaluación

- Evalúe el estado de dependencia de la persona.
- Evalúe la respuesta a la sedestación.
- Evalúe cómo se sintió la persona con el procedimiento realizado.
- Programe otras sesiones de movilización.

POSICIÓN DE DECÚBITO SUPINO O DORSAL

Definición

Esta posición se caracteriza por estar la persona completamente apoyada sobre la espalda, brazos extendidos a lo largo del cuerpo, piernas separadas, rodillas ligeramente flexionadas y los pies descansan cómodamente.



Indicaciones

- Posoperatorio inmediato.
- Personas con problemas neurológicos.
- Personas inconscientes.
- Realizar procedimientos de rutina o especiales.

Contraindicaciones

- Posición prolongada en:
 - ▷ Personas ancianas.
 - ▷ Personas con enfermedad pulmonar.
 - ▷ En personas con enfermedad de larga duración.

Ejecución NIC

Actividades del cuidado de enfermería	Consideraciones del cuidado
Conserve la técnica aséptica y aplique las normas de bioseguridad.	Evita procesos de contaminación e infección.
Valore el estado neurológico de la persona y solicite su colaboración si fuere posible.	Evita eventos adversos (caídas).
Valore movilidad de la persona.	Permite la participación de la persona en su autocuidado.
Explique el procedimiento a la persona.	Permite la participación de la persona y hace parte del respeto hacia él.
Solicite ayuda para movilizar a la persona, en caso necesario.	Evita problemas musculo-esqueléticos.
Coloque una almohada muy suave y pequeña debajo del cuello y hombros.	Evita el hiperextensión del cuello.
Coloque un pequeño cojín debajo de la curvatura lumbar	Mantiene la alineación de la columna.
Eleve el hueco poplíteo colocando una almohada debajo de la rodilla.	Ofrece comodidad
Eleve los talones sobre una almohada.	Evita zonas de presión y posteriores escaras.
Coloque una almohada pequeña entre los muslos.	Ofrece comodidad y evita zonas de presión.

Actividades del cuidado de enfermería	Consideraciones del cuidado
Coloque, si es posible, zapatos tipo tenis durante todo el día.	Evita pie caído o pie péndulo.
Realice cada 2 horas cambios de posición y cuidados de piel (masajes) si es una persona dependiente.	Evita eventos adversos y garantiza la seguridad de la persona.
Evalúe la tolerancia de la persona a la posición.	Permite conocer la respuesta de la persona a la posición.
Deje a la persona sentada en una posición cómoda y segura.	Ofrece confort y evita eventos adversos
Retire todos los elementos utilizados en el procedimiento y deseche de acuerdo al protocolo de bioseguridad.	Permite el orden y aseo de la unidad del paciente y la aplicación del protocolo de desecho hospitalario.
Registre el procedimiento y observaciones en la historia clínica de la persona.	Permite dejar constancia de la actividad realizada y hacer seguimiento del procedimiento.

Evaluación

Evalúe:

- Estado de dependencia de la persona.
- Respuesta al procedimiento.
- Respuesta al dolor físico.
- Sentimiento de la persona con el procedimiento realizado.
- Necesidad de cambios de posición y cuidados de piel.
- Conocimientos de la familia y autocuidado de la persona.

POSICIÓN VENTRAL O PRONA

Definición

Esta posición se caracteriza porque la persona está acostada sobre el vientre, la cabeza de lado, los brazos extendidos a lo largo del cuerpo, piernas separadas y los pies descansan cómodamente a ambos lados.



Indicaciones

- Cirugías ano-rectales.
- Cambios de posición.
- Realizar procedimientos especiales.

Contraindicaciones

- Personas con dificultad respiratoria.

Ejecución NIC

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Conserve la técnica aséptica y aplique las normas de bioseguridad.	Evita procesos de contaminación e infección.
Valore el estado respiratorio de la persona.	Evita eventos adversos.
Valore la capacidad de movilización y tolerancia a la posición.	Permite conocer las condiciones físicas de la persona y evita eventos adversos.
Explique el procedimiento a la persona.	Permite la participación de la persona y hace parte del respeto hacia él.
Solicite ayuda para movilizar a la persona, en caso necesario.	Evita problemas musculo-esqueléticos.
Indique a la persona colocar la cabeza en la posición que le ofrezca comodidad.	Facilita la respiración.
Coloque un pequeño cojín debajo del vientre.	Ofrece comodidad.
Coloque los pies sobre una almohada pequeña	Facilita el retorno venoso y ofrece comodidad.
Realice cambios de posición y cuidados de piel (masajes) cada 2 horas, si la persona es dependiente.	Ofrece comodidad y evita zonas de presión.
Evalúe la tolerancia de la persona a la posición.	Permite conocer la respuesta de la persona a la posición.
Deje a la persona cómoda y segura.	Ofrece confort y evita eventos adversos.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Retire todos los elementos utilizados en el procedimiento y deseche de acuerdo al protocolo de bioseguridad.	Permite el orden y aseo de la unidad del paciente y la aplicación del protocolo de desecho hospitalario.
Registre el procedimiento y observaciones en la historia clínica de la persona.	Permite dejar constancia de la actividad realizada y hacer seguimiento del procedimiento.

Evaluación

Evalúe:

- Estado de dependencia de la persona.
- Respuesta al procedimiento.
- Respuesta al dolor físico.
- Sentimientos de la persona con el procedimiento realizado.
- Necesidad de cambios de posición y cuidados de piel.
- Conocimientos de la familia y autocuidado de la persona.

POSICIÓN DECÚBITO LATERAL IZQUIERDA O DERECHA

Definición

En esta posición, la persona se encuentra apoyada sobre el costado derecho o izquierdo con la cabeza sobre la almohada. El brazo que queda en la parte inferior del cuerpo extendido con la palma de la mano hacia arriba. El brazo superior flexionado y apoyado sobre el cuerpo o sobre la cama o sobre una almohada con la palma de la mano hacia abajo. Las piernas ligeramente flexionadas, los pies en ángulo recto para evitar la flexión plantar. Se pueden utilizar almohadas y cojines para favorecer la alineación corporal.

Indicaciones

- Drenaje de secreciones bronquiales.
- Cambios de posición.
- Arreglo de la unidad del paciente.



- Higiene corporal y los cuidados de piel.

Ejecución NIC

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Conserve la técnica aséptica y aplique las normas de bioseguridad.	Evita procesos de contaminación e infección.
Valore la capacidad de movilización y tolerancia a la posición de la persona.	Permite conocer las condiciones físicas de la persona y evita eventos adversos.
Explique el procedimiento a la persona.	Permite la participación de la persona y hace parte del respeto hacia él.
Coloque la cama en posición horizontal.	Facilita el procedimiento.
Solicite ayuda para movilizar a la persona, en caso necesario.	Evita problemas musculo-esqueléticos.
Solicite a la persona que se coloque sobre el lado derecho o izquierdo.	Facilita la adopción de la posición.
Coloque la cabeza sobre una almohada.	Ofrece comodidad.
Coloque el brazo de la parte inferior del cuerpo, extendido con la palma de la mano hacia arriba.	Brinda comodidad.
Coloque el brazo superior flexionado y apoyado sobre el cuerpo o sobre la cama o sobre una almohada con la palma de la mano hacia abajo.	Facilita la expansión torácica.
Evalúe la tolerancia de la persona a la posición.	Brinda seguridad a la persona.
Permanezca muy cerca de la persona y bríndele apoyo en caso necesario.	Ofrece seguridad a la persona.
Deje a la persona en posición cómoda y segura.	Ofrece confort y evita eventos adversos.
Retire todos los elementos utilizados en el procedimiento y deseche, de acuerdo al protocolo de bioseguridad.	Permite el orden y aseo de la unidad del paciente y la aplicación del protocolo de desecho hospitalario.
Registre el procedimiento y observaciones en la historia clínica de la persona.	Permite dejar constancia de la actividad realizada y hacer seguimiento del procedimiento.

Evaluación

Evalúe:

- Colaboración de la persona.
- Tolerancia a la posición.
- Sentimientos de la persona con el procedimiento realizado.
- Necesidades de otras sesiones de movilización.
- Conocimientos de la familia y autocuidado de la persona.

POSICIÓN DE FOWLER Y SEMIFOWLER

Definición

En esta posición, la persona está cómodamente acostada, la cabecera de la cama elevada en ángulo de 45°, los muslos ligeramente separados, las rodillas flexionadas (apoyadas sobre una almohada), los pies descansan sobre el plano horizontal de la cama. Es una posición cómoda para la persona, si se utilizan almohadas para la cabeza, la curvatura lumbar, y la región poplíteica.

Otras variaciones de la posición

- **Fowler alta:** la cabecera de la cama forma un ángulo de 90°.
- **Semifowler:** la cabecera de la cama forma un ángulo de 30°.

Indicaciones

- Personas con problemas respiratorios y cardíacos.
- Para valoración de enfermería (cabeza, cuello y tórax).
- En las exploraciones de otorrino-laringología.
- Cambios posturales.
- Para facilitar la alimentación y lectura en la cama.

Contraindicaciones

- Personas con problemas neurológicos.

Ejecución NIC

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Conserve la técnica aséptica y aplique las normas de bioseguridad.	Evita procesos de contaminación e infección.
Valore la capacidad de movilización y tolerancia a la posición de la persona.	Permite conocer las condiciones físicas de la persona y evita eventos adversos.
Explique el procedimiento a la persona.	Permite la participación de la persona y hace parte del respeto hacia él.
Solicite ayuda, si lo requiere, y aplique la mecánica corporal para movilizar a la persona.	Evita problemas musculoesqueléticos.
Eleve la cabecera de la cama formando un ángulo de 90° Fowler alta, 45° Fowler, y 30° semifowler.	Facilita la posición de acuerdo a la necesidad específica de la persona.
Evalúe la tolerancia de la persona a la posición.	Permite conocer la respuesta de la persona a la posición.
Permanezca muy cerca de la persona y bríndele apoyo en caso necesario.	Ofrece seguridad a la persona.
Deje a la persona en posición cómoda y segura.	Ofrece confort y evita eventos adversos.
Retire todos los elementos utilizados en el procedimiento y deseche de acuerdo al protocolo de bioseguridad.	Permite el orden y aseo de la unidad del paciente y la aplicación del protocolo de desecho hospitalario.
Registre el procedimiento y observaciones en la historia clínica de la persona.	Permite dejar constancia de la actividad realizada y hacer seguimiento del procedimiento.

Evaluación

Evalúe:

- Estado de dependencia de la persona.
- Tolerancia de la persona a la posición.
- Sentimientos de la persona con el procedimiento realizado.
- Necesidades de otras sesiones de movilización.
- Conocimientos de la familia y autocuidado de la persona.

POSICIÓN DE SIMS O SEMIPRONA

Definición

En esta posición, la persona se encuentra en posición decúbito lateral derecho o izquierdo, ligeramente a prono, el brazo que queda debajo del cuerpo se lleva hacia atrás en extensión y la palma de la mano hacia arriba, el otro se coloca en flexión con la palma de la mano hacia la almohada o colchón. La pierna en la que está apoyado el cuerpo queda en extensión, mientras que la otra queda en flexión apoyada sobre el lateral de tórax y la parte anterior de la cadera.

Indicaciones

- Facilita la eliminación de secreciones en personas inconscientes.
- Posición segura para transporte de personas accidentadas.
- Examen rectal.
- Administración de enemas evacuantes (posición de sims lado izquierdo).
- Administración medicamentos vía rectal (supositorio).
- Administración de medicamentos inyectables vía intramuscular.
- Colocación de sonda rectal
- Facilita la relajación muscular.
- Facilita la realización de masajes.
- Previene las úlceras por posición decúbito.

Contraindicaciones

- Personas con problemas neurológicos.

Ejecución NIC

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Conserve la técnica aséptica y aplique las normas de bioseguridad.	Evita procesos de contaminación e infección.
Valore la capacidad de movilización y tolerancia a la posición de la persona.	Permite conocer las condiciones físicas de la persona y evita eventos adversos.



Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Explique el procedimiento a la persona.	Permite la participación de la persona y hace parte del respeto hacia él.
Solicite ayuda si lo requiere y aplique la mecánica corporal para movilizar a la persona.	Evita problemas musculo-esqueléticos.
Coloque la cama en posición horizontal.	Facilita el procedimiento.
Solicite a la persona que se coloque en decúbito lateral e indique los pasos a seguir.	Facilita la adopción de la posición.
Evalúe la tolerancia de la persona a la posición.	Permite conocer la respuesta de la persona a la posición.
Permanezca muy cerca de la persona y bríndele apoyo, en caso necesario.	Ofrece seguridad a la persona.
Deje a la persona en posición cómoda y segura.	Ofrece confort y evita eventos adversos
Retire todos los elementos utilizados en el procedimiento y deseche, de acuerdo al protocolo de bioseguridad.	Permite el orden y aseo de la unidad del paciente y la aplicación del protocolo de desecho hospitalario.
Registre el procedimiento y observaciones en la historia clínica de la persona.	Permite dejar constancia de la actividad realizada y hacer seguimiento del procedimiento.

Evaluación

Evalúe:

- Colaboración de la persona.
- Tolerancia de la persona a la posición
- Sentimientos de la persona con el procedimiento realizado.
- Necesidades de otras sesiones de movilización.
- Conocimientos de la familia y autocuidado de la persona.

POSICIÓN GINECOLÓGICA O DE LITOTOMÍA

Definición

En esta posición se encuentra la mujer en la mesa de examen físico en posición supina con la cabeza apoyada sobre una almohada, las piernas flexionadas sobre los estribos, dejando expuesta el área genital.

Indicaciones

Esta posición es utilizada en ginecología para:

- Toma de muestras vaginales: cultivos y citología vaginal.
- Atención del parto.
- Examen ginecológico y rectal.
- Paso de sonda vesical en la mujer.
- Inserción del dispositivo intrauterino, DIU.
- Higiene de genitales.

Ejecución NIC

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Conserve la técnica aséptica y aplique las normas de bioseguridad.	Evita procesos de contaminación e infección.
Valore la capacidad de movilización y tolerancia a la posición de la persona.	Permite conocer las condiciones físicas de la persona y evita eventos adversos.
Explique el procedimiento a la persona.	Permite la participación de la persona y hace parte del respeto hacia él.
Solicite ayuda, si lo requiere, y aplique la mecánica corporal para movilizar a la persona.	Evita problemas musculo-esqueléticos.
Coloque la mesa ginecológica en posición horizontal.	Facilita el procedimiento.
Solicite a la persona que se coloque en posición supina e indique que flexione las piernas para colocarlas sobre los estribos.	Facilita la adopción de la posición.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Coloque una almohada pequeña debajo de la cabeza.	Ofrece comodidad a la persona.
Cubra con una sábana abdomen y muslos.	Ofrece un cuidado humanizado.
Evalúe la tolerancia de la persona a la posición.	Brinda seguridad a la persona.
Permanezca muy cerca de la persona y bríndele apoyo emocional en caso necesario.	Ofrece seguridad a la persona.
Deje a la persona en posición cómoda y segura.	Ofrece confort y evita eventos adversos.
Retire todos los elementos utilizados en el procedimiento y deseche, de acuerdo al protocolo de bioseguridad.	Permite el orden y aseo de la unidad del paciente y la aplicación del protocolo de desecho hospitalario.
Registre el procedimiento y observaciones en la historia clínica de la persona.	Permite dejar constancia de la actividad realizada y hacer seguimiento del procedimiento.

Evaluación

Evalúe:

- Colaboración de la persona.
- Tolerancia de la persona a la posición.
- Sentimientos de la persona con el procedimiento realizado.
- Conocimientos de la persona sobre su autocuidado.

POSICIÓN DE TRENDELEMBURG Y ANTITRENDELEMBURG Y POSICIÓN DE DRENAJE

Definición

En esta posición, la persona se encuentra en posición decúbito dorsal o supino sobre una cama inclinada entre 20° y 45°, respecto al plano del suelo, con la cabeza más abajo que la pelvis y las piernas elevadas.

Otras variaciones de la posición

- **Posición antitrendelemburg:** La cabeza de la persona queda más alta que los pies.
- **Posición de drenaje:** La cabeza de la persona queda más abajo que los pies en decúbito ventral o posición prona (boca abajo).

Indicaciones

- Mejora de la circulación cerebral sanguínea.
- Mejora la presión arterial (lipotimias).
- Ayuda al drenaje de secreciones bronquiales.
- Evita las cefaleas después de una punción lumbar.

Contraindicaciones

- Personas con problemas neurológicos, si se sospecha trauma cráneo-encefálico TCE, sube la presión intracraneal.
- Infarto agudo de miocardio IAM, sube la frecuencia cardíaca.
- Problemas respiratorios (hace que el diafragma oprima los pulmones y dificulte la respiración).

Ejecución NIC

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Conserve la técnica aséptica y aplique las normas de bioseguridad.	Evita procesos de contaminación e infección.
Valore la capacidad de movilización y tolerancia a la posición de la persona.	Permite conocer las condiciones físicas de la persona y evita eventos adversos.
Explique el procedimiento a la persona.	Permite la participación de la persona y hace parte del respeto hacia él.
Solicite ayuda si lo requiere y aplique la mecánica corporal para movilizar a la persona.	Evita problemas musculo-esqueléticos.
Solicite a la persona se coloque en posición decúbito dorsal o supino e indique los pasos a seguir.	Facilita la adopción de la posición.



Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Eleve la parte inferior de la cama de 20° a 45° y coloque almohadas en la cabecera y preferiblemente debajo de las rodillas.	Brinda seguridad y comodidad a la persona.
Evalúe la tolerancia de la persona a la posición.	Permite conocer la respuesta de la persona a la posición.
La permanencia en esta posición es de 10 a 15 minutos.	Facilita el retorno venoso y el drenaje de secreciones.
Permanezca muy cerca de la persona y bríndele apoyo en caso necesario.	Ofrece seguridad a la persona.
Terminado el procedimiento, deje a la persona en posición cómoda y segura.	Ofrece confort y evita eventos adversos.
Retire todos los elementos utilizados en el procedimiento y deseche, de acuerdo al protocolo de bioseguridad.	Permite el orden y aseo de la unidad del paciente y la aplicación del protocolo de desecho hospitalario.
Registre el procedimiento y observaciones en la historia clínica de la persona.	Permite dejar constancia de la actividad realizada y hacer seguimiento del procedimiento.

Evaluación

Evalúe:

- Colaboración de la persona.
- Tolerancia de la persona a la posición.
- Remisión de los síntomas (lipotimia, drenaje de secreciones).
- Sentimientos de la persona con el procedimiento realizado.

POSICIÓN DE ROSER O DE PROETZ

Definición

En esta posición, la persona se encuentra en posición decúbito dorsal o supino con el cuello en hiperextensión y la cabeza cae por fuera de la cama.

Indicaciones

- Operación de las vías respiratorias.
- Intubación oro-endotraqueal.
- Reanimación cardio-respiratoria.
- Exploración de faringe.
- Cirugía de bocio.
- Aplicación de gotas nasales.
- Lavado del cabello a personas dependientes.

Ejecución NIC

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Conserve la técnica aséptica y aplique las normas de bioseguridad.	Evita procesos de contaminación e infección.
Valore la capacidad de movilización y tolerancia a la posición de la persona.	Permite conocer las condiciones físicas de la persona y evita eventos adversos.
Explique el procedimiento a la persona.	Permite la participación de la persona y hace parte del respeto hacia él.
Solicite ayuda, si lo requiere, y aplique la mecánica corporal para movilizar a la persona.	Evita problemas musculo-esqueléticos.
Coloque la cama en posición horizontal, cerciorándose de que esté frenada.	Facilita realizar el procedimiento y evita eventos adversos.
Solicite a la persona se coloque en decúbito dorsal o supino, puede ayudarse colocando una almohada debajo de los hombros.	Facilita la adopción de la posición.
Indique a la persona que coloque el cuello en hiperextensión con la cabeza colgando.	Permite la participación de la persona.
Evalúe la tolerancia de la persona a la posición.	Permite conocer la respuesta de la persona a la posición.
Permanezca muy cerca de la persona y bríndele apoyo en caso necesario.	Ofrece seguridad a la persona.
Terminado el procedimiento deje a la persona en posición cómoda y segura.	Ofrece confort y evita eventos adversos.



Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Retire todos los elementos utilizados en el procedimiento y deseche de acuerdo al protocolo de bioseguridad.	Permite el orden y aseo de la unidad del paciente y la aplicación del protocolo de desecho hospitalario.
Registre el procedimiento y observaciones en la historia clínica de la persona.	Permite dejar constancia de la actividad realizada y hacer seguimiento del procedimiento.

Evaluación

Evalúe:

- Colaboración de la persona.
- Tolerancia de la persona a la posición.
- Sentimientos de la persona con el procedimiento realizado.

POSICIÓN PARA REALIZAR UNA PUNCIÓN LUMBAR

Definición

En esta posición, la persona se coloca en posición decúbito lateral izquierdo o derecho con la espalda arqueada, el cuello flexionado y las rodillas flexionadas de tal manera que éstas se encuentren lo más cerca posible de la barbilla, también puede colocarse en posición sedente (sentado) al borde de la camilla, con la cabeza flexionada, acercándola lo más posible, a las extremidades inferiores, para conseguir un arqueamiento de la espalda y así facilitar la visualización de los espacios intervertebrales.

Se debe prestar atención al estado de conciencia y a la ventilación del enfermo. Si la persona llegara a presentar mareos cefalea intensa se procederá a la interrupción de la misma.

Indicaciones

- Anestesia raquídea.
- Toma de muestra de líquido cefalorraquídeo por punción.

Ejecución NIC

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Conserve la técnica aséptica y aplique las normas de bioseguridad.	Evita procesos de contaminación e infección.
Valore el estado neurológico de la persona y solicite su colaboración, si fuere posible.	Evita eventos adversos (caídas).
Valore la capacidad de movilización y tolerancia a la posición de la persona.	Permite conocer las condiciones físicas de la persona y evita eventos adversos.
Explique el procedimiento a la persona.	Permite la participación de la persona y hace parte del respeto hacia él.
Solicite ayuda, si lo requiere, y aplique la mecánica corporal para movilizar a la persona.	Evita problemas musculo-esqueléticos.
Coloque la cama en posición horizontal.	Facilita el procedimiento.
Solicite a la persona que se coloque en decúbito lateral derecho o izquierdo o sentada.	Facilita la adopción de la posición.
Indique a la persona que coloque la espalda arqueada, realice la máxima flexión del cuello y apoye la cabeza en las rodillas en posición fetal.	Ofrece comodidad.
Verifique que la posición no dificulte la respiración de la persona.	Evita eventos adversos y ofrece seguridad al procedimiento.
Evalúe la tolerancia de la persona a la posición.	Permite conocer la respuesta de la persona a la posición.
De apoyo emocional durante el procedimiento.	Brinda un cuidado humanizado.
Deje a la persona en posición cómoda y segura.	Ofrece confort y evita eventos adversos.
Recomiende al paciente conservar reposos durante dos horas.	Previene la cefalea y evita eventos adversos.
Retire todos los elementos utilizados en el procedimiento y deseche de acuerdo al protocolo de bioseguridad.	Permite el orden y aseo de la unidad del paciente y la aplicación del protocolo de desecho hospitalario.
Tenga presente el reporte de resultados de laboratorio	Permite confirmar o descartar la impresión diagnóstica.



Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Registre el procedimiento y observaciones en la historia clínica de la persona.	Permite dejar constancia de la actividad realizada y hacer seguimiento del procedimiento.

Evaluación

Evalúe:

- Colaboración de la persona.
- Tolerancia de la persona a la posición.
- Temor de la persona.
- Signos y síntomas posteriores al examen.
- Sentimientos de la persona con el procedimiento realizado.

POSICIÓN GENUPECTORAL

Definición

En esta posición, la persona se encuentra de rodillas, los muslos verticales, el abdomen elevado, la cabeza y la parte superior del tórax descansan en la cama y las manos se cruzan por encima de la cabeza.

Indicaciones

- Exploración sigmoidoscópica.
- Examen rectal.
- Curaciones ano-rectal.

Ejecución NIC

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Conserve la técnica aséptica y aplique las normas de bioseguridad.	Evita procesos de contaminación e infección.
Valore la capacidad de movilización y tolerancia a la posición de la persona.	Permite conocer las condiciones físicas de la persona y evita eventos adversos.

Actividades del Cuidado de Enfermería	Consideraciones del Cuidado
Explique el procedimiento a la persona.	Permite la participación de la persona y hace parte del respeto hacia él.
Solicite ayuda, si lo requiere, y aplique la mecánica corporal para movilizar a la persona.	Evita problemas musculo-esqueléticos.
Coloque la cama en posición horizontal.	Facilita el procedimiento.
Solicite a la persona que se desvista de la cintura para abajo.	
Indique a la persona que se coloque de rodillas, eleve el abdomen y apoye la cabeza en la cama con las manos entrelazadas sobre la parte posterior de la cabeza.	Facilita la adopción de la posición.
Verifique que la cara quede vuelta hacia uno de los lados.	Facilita la respiración.
Apoye a la persona en la adopción de la posición.	Ofrece comodidad y seguridad al procedimiento.
De apoyo emocional durante el procedimiento.	Brinda un cuidado humanizado.
Evalúe la tolerancia de la persona a la posición.	Permite conocer la respuesta de la persona a la posición.
Deje a la persona en posición cómoda y segura.	Ofrece confort y evita eventos adversos.
Registre el procedimiento y observaciones en la historia clínica de la persona.	Permite verificar y registrar el procedimiento realizado.

Evaluación

- Evalúe la colaboración de la persona.
- Tolerancia de la persona a la posición.
- Evalúe cómo se sintió la persona con el procedimiento realizado.



Bibliografía

1. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificaciones 2012-2014.: Elsevier; 2012.
2. Definición.de. Definición de Confort. [Online].; sf [cited 2016 Septiembre 21. Available from: <http://definicion.de/confort/>.
3. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definición y Clasificación 2012 - 2014 Barcelona: Elsevier; 2012.
4. NANDA Internacional, Inc. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2015-2017 Herdman TH, editor. Barcelona: Elsevier; 2015.
5. Definición.de. Definición de higiene. [Online].; sf [cited 2016 septiembre 21. Available from: <http://definicion.de/higiene/>.
6. Micheli F, Nogués MA, Asconapé JJ, Pardal F, María M, Biller J. Tratado de Neurología Clínica. 1st ed. Buenos Aires, Argentina: Panamericana; 2002.
7. E.S.E. Hospital Regional de Duitama. Protocolos de Enfermería prevención de escaras o úlceras por presión decúbito. 2012. http://hrd.gov.co/GUIAS_HRD_2012/PROTOCOLOS/ASISTENCIALES/UROLOGIA/PREVENCI%D3N_DE_ESCARAS_O_%DALCERAS_POR_DEC%DABITO.swf.
8. Gary A. Thibodeau KTP. Estructura y función del cuerpo humano. 13th ed. España: Elsevier; 2008.



A CERCA DE LOS AUTORES

Lida Guerrero Arango

Licenciada en Enfermería, especialidad Enfermera obstetrix, Maestría en Enfermería materno-infantil y Administración de Salud, Universidad del Valle. Experiencia en métodos de planificación familiar en el Metropolitan Hospital Center, International Training Institute for Maternal and Child Health and Family Planning, New York Medical College - Department of Obstetrics and Gynecology.

Docente en el proceso de enseñanza aprendizaje en asignaturas materno-infantil y administración de servicios de salud, Universidad del Valle y Universidad Santiago de Cali. Asesora Organización Panamericana de la Salud, OPS, para un programa de licenciatura -Universidad de Guanajuato. Profesional universitario en el área materno-infantil, Ministerio de Salud Pública de Colombia, Minsalud. Coordinadora área Materno-infantil, Hospital Universitario del Valle. Coordinadora de programas de métodos de planificación familiar, Profamilia, Cali.

De gran compromiso con los procesos de cuidado en la enseñanza y aprendizaje en el binomio madre-hijo.

Luz Mary Gallego Cortés

Enfermera, egresada de la Universidad del Valle. Especialista en Salud Ocupacional de la Universidad Libre Seccional Cali, Especialista en Epidemiología del Instituto de Ciencias de la Salud, CES y Universidad Libre de Cali. En el 2006 se titula como Magíster en EDUCACIÓN: Desarrollo Humano de la Universidad de San Buenaventura Cali.

Docente del programa de Enfermería de la Universidad Santiago de Cali, desde el año 2000. Par Académico de la Red Colombiana de Semilleros de Investigación, Nodo Valle del Cauca, desde el 2010. Profesora de Seminario de Investigación y Asesora en Trabajo de Grado de la Universidad Santiago de Cali.

Zaider Gloria Triviño Vargas 

<https://orcid.org/0000-0001-6968-9334>

Enfermera Magíster en Salud Pública, Especialista en gestión de Servicios de Salud, Doctora en Enfermería.

Experiencia en el proceso de enseñanza aprendizaje en asignaturas de Aspectos Conceptuales y Filosóficos del Cuidado de Enfermería, Promoción de la Salud, metodología de investigación y desarrollo de proyectos de investigación.

Miembro del grupo PROMESA de la Escuela de Enfermería, Facultad de Salud, Universidad del Valle, clasificado en Colciencias como grupo A.

De gran compromiso en la práctica del cuidado humano y el fortalecimiento docencia servicio.



PARES EVALUADORES

Jorge Eduardo Moncayo 

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6458-4162>

Universidad Antonio Nariño

Marco Alexis Salcedo 

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0444-703X>

Universidad Nacional de Colombia - Sede Palmira

Marco Antonio Chaves García 

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7226-4767>

Fundación Universitaria María Cano - Sede Medellín

Carolina Sandoval Cuellar 

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1576-4380>

Universidad de Boyacá

Alexander López Orozco 

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0068-6252>

Universidad de San Buenaventura Cali

Clara Viviana Banguero 

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4518-6799>

Universidad Libre

Clara Mercedes Blanco Ospina 

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8640-8175>

Unicatólica

Claudia Ximena Campo 

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5352-3065>

Universidad del Cauca

Ana Isabel García Muñoz 

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4455-4534>

Centro de investigación de la Cultura física (CICFI), de la Escuela Militar de Cadetes General José María Córdova

Maury Almanza Iglesia 

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3880-4683>

Universidad Simón Bolívar de Barranquilla

Alexander Luna Nieto 

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9297-8043>

Fundación Universitaria de Popayán

David Leonardo Quitián Roldán 

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2099-886X>

Uniminuto, Villavicencio

Jairo Vladimir Llano Franco 

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4018-5412>

Universidad Libre de Colombia - Seccional Cali

Nelson Contreras Coronel 

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2264-8225>

Universidad Tecnológica de Pereira

Hoover Albeiro Valencia Sanchez 

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9193-2089>

Universidad Tecnológica de Pereira

Ricardo Antonio Torres Palma 

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4583-9849>

Universidad de Antioquia, Medellín

El presente texto aspira contribuir en la formación académica y disciplinar de los estudiantes de Enfermería que se encuentren en su proceso de aprendizaje. También servirá de apoyo a enfermeras/os en la construcción e implementación del diagnóstico enfermero como herramienta fundamental del método científico que facilite la gestión y administración de los cuidados en su práctica diaria, contribuyendo en la ejecución del Proceso del Cuidado Enfermero, PCE, acorde a las necesidades del paciente y sus prioridades de intervención.

Las autoras presentan, en sus diferentes capítulos, contenidos temáticos desarrollados desde la evidencia científica de sus conocimientos, integrándolos con los diferentes diagnósticos de Enfermería que de acuerdo a las taxonomías NANDA, NOC y NIC se deben abordar en la práctica profesional. Es pertinente señalar que fue Vera Fry la enfermera estadounidense, quien en 1953 habla por primera vez del diagnóstico enfermero, integrándolo a su quehacer del cuidado con la utilización de las etapas de valoración, planeación, ejecución y evaluación.

