



UNIDAD V VALORACIÓN DE LA SALUD

ALUMNOS: LIRI YANET LOPEZ PEREZ

GRADO: 3ER SEMESTRES

GRUPO: "G"

Realizar una investigación de cada una de las técnicas de enfermería.
(Nombre, concepto, objetivo, materiales, procedimiento)

5.1. Tipos de baños para el paciente.

BAÑO EN DUCHA

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

Objetivo. -

- Promover y mantener hábitos de higiene personal.
- Eliminar sustancias de desecho y facilitar la transpiración.
- Activar la circulación periférica y la ejercitación de los músculos.
- Observar signos patológicos en la piel y estado general del paciente.
- Proporcionar comodidad, confort y bienestar.

Material. -

- Toalla.
- Toallitas.
- Jabonera con jabón.
- Silla.
- Camisón o pijama.
- Silla de ruedas si es necesario.
- Shampoo.

PROSEDIMIENTO. -

- Prepare el baño con todo lo necesario al alcance del paciente.
- Ayude al paciente a ir al baño.
- Si es necesario traslade al paciente en silla de ruedas.
- Ayude a desvestirse proporcionando privacidad.
- Observar al paciente en busca de lesiones en la piel o cambios en su estado general.
- Ayúdele a entrar al baño cuidando que no se caiga el paciente.
- Deje al paciente que se bañe solo si su condición lo permite, ayúdelo a lavarse la espalda.
- Ayúdalo a secar la espalda y miembros inferiores, la humedad ayuda al crecimiento de microorganismos.
- Ayude a vestirse y tráselo a la unidad del paciente.
- Descarte la ropa sucia.
- Termine con el arreglo personal del paciente, proporcionándole seguridad emocional y confort.
- Deje el equipo limpio y en orden.
- Lávese las manos.
- Haga anotaciones del expediente clínico del paciente si es necesario, permite el seguimiento sistemático y oportuno de la atención del paciente.

BAÑO DE TINA

CONCEPTO- Baño de tina: Es la higiene que se proporciona al paciente, durante su estancia hospitalaria.

Objetivos. -

- Fomentar el descanso y el relajamiento del paciente; así como mejorar la autoimagen favoreciendo el aspecto físico y eliminando los malos olores.

Materiales. -

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

Procedimiento. -

- Realiza lavado de manos y explica al paciente el procedimiento de acuerdo a su edad.
- Traslada el equipo al cuarto de baño y lava la tina con solución antiséptica.
- Llena la tercera parte de la tina con agua a temperatura corporal y cubre con un lienzo la base de la tina.
- Traslada al paciente al cuarto de baño.
- Humedece la esponja o toalla con agua tibia, limpia ojos, frente, mejillas y mentón.
- Lava la cabeza con jabón o shampoo y la seca al terminar.
- Retira la ropa del paciente e introduce al paciente en la tina.
- Humedecer el cuerpo del paciente utilizando el riñón y lo enjabona con la esponja o toalla facial, iniciando del cuello hacia la región caudal primero la parte anterior, finalizando por la posterior.
- Enjuaga al paciente de la misma manera y al terminar lo seca y lo viste con su ropa, lo peina y lo lleva a su cama.
- Lava la tina y da los cuidados correspondientes al equipo, dejándolo en el lugar correspondiente.

BAÑO DE ESPONJA

Concepto. -

Son las maniobras que se realizan para mantener el aseo del cuerpo del paciente a excepción del cabello, siempre que sean imposibles los baños de tina o regadera.

Objetivos. -

- Limpiar la piel y aumentar así la eliminación por dicho órgano.
- Estimular la circulación.
- Proporcionar bienestar y relajación al paciente.
- Eliminar las secreciones y descamación de la piel.
- No interrumpir el baño para proveerse material.
- Cambiar de agua cuantas veces sea necesario.

MATERIALES. -

Carro pasteur con charola con cubierta que contenga:

- 2 palanganas con agua a temperatura de 43.3 a 46.1 °C
- 3 toallas fricción.
- 2 toallas grandes
- Jabonera con jabón.
- Sábana auxiliar.
- Artículos de higiene personal.
- Guantes.

Procedimiento. -

- Lavarse las manos.

- Preparar el equipo y llevarlo a la unidad del paciente.
- Identificar al paciente.
- Dar preparación psicológica.
- Dar preparación física:
 - a) Aislarlo.
 - b) Posición de decúbito dorsal.
 - c) Acercar al paciente a la orilla de la cama.
 - Ajustar la ventilación del cuarto.
 - Sustituir la ropa de encima por una sábana sosteniendo al paciente con ambas manos el borde superior de la misma mientras se retira la ropa de encima.
 - Acercar las palanganas con el agua a temperatura conveniente.
 - Ayudar al paciente a quitarse el camisón o pijama.
 - Iniciar el baño aseando cada párpado con movimientos suaves en sentido de la nariz a la sien, utilizando para ello la toallita fricción colocada a manera de guante y sin ponerle jabón.
 - Después asear la cara sin jabón, continuar lavando orejas, cuello y parte superior de los hombros, enjuagar y secar.
 - Colocar una toalla grande debajo del brazo del paciente, proceder a lavarlo con movimientos largos, sostener el brazo desplazándolo a su máxima amplitud normal de movimiento y lavar región axilar. Enjuagar y secar con la misma toalla.
 - Repetir el mismo procedimiento con el otro brazo.
 - Permitir que el paciente se remoje las manos antes de proceder a lavarlas, enjuagar y secar las manos.
 - Colocar una toalla sobre el tórax para proteger el pecho del paciente, lavar región torácica y abdomen, enjuagar y secar.
 - Cambiar de agua antes de lavar las piernas.
 - Ayudar al paciente a flexionar la rodilla y se coloca una toalla debajo de la pierna y pie, lavar la pierna con movimientos largos, enjuagar y secar.
 - Repetir el mismo procedimiento con la otra pierna.
 - Remojar ambos pies del paciente en la palangana antes de lavárselos.
 - Lavar, enjuagar y secar muy bien ambos pies.
 - Lavar el lavamanos, cambiar de agua, de toallita fricción y toalla grande.
 - Ayudar al paciente a acostarse de lado y extender una toalla longitudinalmente y sujetarla debajo del paciente. Proceder a lavar, enjuagar, secar y dar masaje a la espalda.
 - Cambiar de agua y se pide al paciente que se asee su región púbica.
 - Cambiar de agua y lavarle las manos.
 - Si el paciente no puede hacerlo por sí mismo, se calzan los guantes para lavar, enjuagar y secar la región púbica.
 - Ayudar al paciente a ponerse el camisón o pijama.
 - Colocar ropa de cama.
 - Dejar cómodo al paciente.
 - Retirar el equipo y darle los cuidados posteriores a su uso.
 - Lavarse las manos.
 - Hacer anotaciones en la nota de enfermería.
- a) Hora y fecha
- b) Problemas detectados
- c) Estado de la piel.

BAÑO EN CAMA

Conceptos. - es la limpieza del cuerpo con agua y jabón cuando el paciente está incapacitado para hacerlo por sí mismo.

Objetivos. -

- Dar comodidad y seguridad al usuario.
- Estimular la circulación de todo el cuerpo.

- Enseñar hábitos higiénicos al usuario.
- Evitar infecciones.
- Observar su estado de salud.
- Proporcionar bienestar.
- Disminuir la temperatura en caso de hipertermia.
- Prevenir las úlceras por presión.

Materiales. -

- Dos toallas pequeñas.
- Dos toallas grandes.
- Jabón con jabonera.
- Artículos de higiene personal (talco, desodorante, loción, colonia, talco).
- Ropa de cama y de paciente
- Crema lubricante (fracciones).
- Gasas y torundas.
- Peine.
- Dos lavacaros.
- Guantes de manejo (cuando haya riesgo de contacto con líquidos corporales).
- Un balde.
- Una jarra.
- Papel periódico, cantidad suficiente.
- Videt, pato.
- Impermeable.
- Gasa estéril cantidad suficiente.
- Aplicadores.
- Suero fisiológico.
- Canastas de papel.
- Semiluna.
- Vaso.

Procedimiento. -

- Preparar todo lo necesario, poniéndolo a mano y ordenando
- Pedir la colaboración de la persona que estamos cuidando.
- Comprobar que la temperatura de la habitación sea adecuada y haya intimidad.
- Ofrecer a la persona cuidada la posibilidad de orinar antes del baño.
- Retirar las ropas de la cama tapando a la persona cuidada con la toalla grande.
- Retirar la almohada, situarse a un lado de la persona cuidada.
- Quitar el camisón o pijama manteniendo la toalla grande sobre el cuerpo.
- Llenar las palanganas de agua caliente.
- Echar en una de ellas jabón líquido.
- Introducir una esponja en cada palangana.
- Una será utilizada para jabonar y la otra para enjuagar; teniendo cuidado de no intercambiarlas.
- En el momento en el que el agua de cualquier palangana esté sucia o la de enjuagar se llene de jabón, la cambiaremos por agua limpia.
- Poner una toalla pequeña cruzando el pecho y lavar la cara, el cuello y las orejas con la esponja de enjuagar, es mejor no usar jabón en esta zona.
- Secar muy bien cara, orejas y cuello con la otra toalla.
- Levantar el brazo más cercano a nosotros y poner la toalla pequeña que estaba en el pecho debajo de él.
- Sosteniendo el brazo por encima de la muñeca, lavar el hombro, la axila y el brazo; jabonando, enjuagando y secando.
- Poner la palangana de jabón sobre la cama e introducir la mano de la persona cuidada en ella, jabonar muy bien, haciendo hincapié en las uñas y entre los dedos. Enjuagar y secar.
- Realizar la misma maniobra con el otro brazo.

- Descubrir la zona del pecho doblando en la mitad la toalla grande que cubría a la persona, jabonar y enjuagar la zona.
- Secar muy bien, sobre todo debajo de las mamas de la mujer.
- Tapar el pecho y descubrir el abdomen doblando la toalla ahora sobre el pecho. Enjabonar, enjuagar y secar con movimientos circulares para estimular los movimientos intestinales, hacer hincapié en el ombligo.
- Descubrir totalmente la pierna más cercana a nosotros y colocar la toalla protectora debajo de ella. Enjabonar, enjuagar y secar muslo y pierna.
- Colocar la palangana con jabón a los pies y si la persona cuidada puede doblar la rodilla, introducirle el pie dentro para jabonarlo. Hacer hincapié en las uñas y entre los dedos, jabonar y secar muy bien. Si los pies o las uñas de los pies de la persona están en muy mal estado, se recomienda hacer un aseo especial de ellos.
- Repetir la operación completa con la otra pierna y con el otro pie.
- Pedir a la persona que se vuelva sobre un lado de tal forma que nos muestre la espalda. Ayudar a la persona si lo necesita en este movimiento y asegurarse de que está estable y no se puede caer. También puede colocarse boca abajo si lo desea.
- Colocar la toalla protectora, sobre la cama, a lo largo de la espalda del paciente, jabonar, enjuagar y secar la espalda y las nalgas utilizando movimientos largos y circulares.
- Realizar un masaje en la espalda.
- Volver de nuevo a la persona sobre su espalda y lavar la región genital. A veces es necesario realizar aseo genital, pero la mayoría de las veces bastará con jabonar, enjuagar y secar muy bien las ingles y la zona genital externa.
- Terminado el aseo, vestir a la persona y hacer la cama
- Peinar, echar colonia. Si es necesario realizar el aseo del cabello.
- Colocar la almohada y poner a la persona en posición cómoda.

5.2. Lavado gástrico.

Concepto:

El lavado gástrico es una técnica médica que permite succionar todo el contenido del estómago e introducir agua que limpie su interior para evitar que se absorban tóxicos ingeridos de forma accidental o voluntaria.

Objetivo:

Eliminar sustancias tóxicas de la cavidad gástrica por dilución en el líquido de lavado y por arrastre mecánico.

MATERIAL:

- Sonda naso gástrica.
- Gasas.
- Lubricante hidrosoluble.
- Jeringa de 50 ml cono ancho.
- Fonendoscopio.
- Solución de lavado (Agua, suero fisiológico, carbón activado...)
- Cubeta de recogida del líquido eliminado (batea, bolsa recolectora...)
- Cinta adhesiva o dispositivo de sujeción.

Procedimiento

- Medir la longitud necesaria de la sonda a introducir: la forma correcta de hacerlo es desde el lóbulo de la oreja hasta la punta de la nariz y de ahí hasta el apéndice xifoides. Realizar marca de la longitud.
- Lubricar la punta de la sonda
- Introducir la sonda por vía orogástrica o nasogástrica hacia abajo y hacia atrás, indicándole al paciente que degluta para facilitar su inserción y avance.
- Comprobar la ubicación de la sonda, mediante aspiración de contenido gástrico, inyectando aire con la jeringa por la sonda comprobando el burbujeo del aire en el epigastrio con el fonendoscopio o bien mediante realización de radiografía de tórax-abdomen (opción más fiable).
- Instilar el agua tibia de forma suave a través de la sonda nasogástrica
- Masajear lentamente el epigastrio para favorecer la dilución
- Aspirar y extraer el contenido gástrico o conectar a una bolsa con el nivel por debajo para su caída libre.
- Debemos comprobar que la cantidad extraída corresponda con la cantidad de líquido instilada.
- Continuar hasta que el contenido evacuado salga más o menos limpio y claro, sin residuos evidentes.
- Administrar el carbón activado diluido en agua tibia tras su reconstrucción, en caso de una intoxicación o medicación para control del sangrado en caso de hemorragia.
- Clampar la sonda.
- Limpieza y comodidad del paciente
- Retirada de guantes
- Lavado de manos

Succiones gástricas

Concepto

El lavado gástrico es una técnica médica que permite succionar todo el contenido del estómago e introducir agua que limpie su interior para evitar que se absorban tóxicos ingeridos de forma accidental o voluntaria.

Objetivo

- Extraer del estómago venenos, materiales tóxicos o medicamentos en exceso.
- Limpiar el estómago antes de llevar a cabo una [Endoscopia](#) de vías digestivas altas (esofagogastroduodenoscopia) si usted ha estado vomitando sangre.
- Recoger ácidos estomacales.
- Aliviar la presión si usted tiene obstrucción en los intestinos.

Materiales:

- Lubricante soluble en agua.
- Sonda nasogástrica o nasoduodenal.
- Para **aspiración**: aparato de aspiración intermitente.
- Para **alimentación** solamente: sonda suave de poco calibre o catéter-36 F.
- Bolsa colectora.
- Cinta

Lavado vagina

OBJETIVO

Mantener limpios los genitales del paciente para cubrir las necesidades de higiene y prevenir infecciones.

Material

- ✓ Bolsa para residuos.
- ✓ Esponja sin jabón.
- ✓ Guantes de u.s.u. no estériles.
- ✓ Jabón neutro.
- ✓ Pañal-braga.
- ✓ Papel higiénico.
- ✓ Registros.

Equipo

- ✓ Botella.
- ✓ Cuña.
- ✓ Palangana.

✓ Toalla.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos.
 2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
 3. Informar al paciente.
 4. Preservar la intimidad del paciente.
 5. Mantener temperatura adecuada y evitar corrientes de aire en la habitación.
 6. Proteger al paciente de las caídas.
 7. Colocarse los guantes.
 8. Ofrecer la cuña o botella si la necesita.
 9. Preparar agua a temperatura adecuada.
 10. Colocar al paciente en decúbito supino.
 11. Desnudar al paciente y cubrirlo parcialmente con la sábana.
 12. Retirar pañal si lo tuviera.
- d) Poner al paciente en decúbito lateral.

En la mujer:

- a) Pedir a la paciente que flexione las rodillas o ayudarle si no puede por sí misma.
- b) Separar las piernas de la paciente.

- c) Separar los labios vulvares con una mano y lavar con la otra, limpiando de adelante hacia atrás el periné (para evitar contaminar la uretra o la vagina).
- d) Enjuagar y secar bien con la toalla.
- e) Colocar a la paciente en decúbito lateral.
- f) Limpiar el área rectal desde la vagina hasta el ano en un solo movimiento.
- g) Proceder de la misma manera para enjuagar y secar.

13. Colocar pañal si lo precisa.

14. Dejar al paciente en posición adecuada y cómoda, permitiendo un fácil acceso

al timbre y objetos personales.

15. Recoger material.

16. Retirarse los guantes.

17. Realizar lavado de manos.

18. Anotar en los registros de Enfermería posibles incidencias.

Enema:

Concepto

Un enema o también conocido como lavativa es un procedimiento donde se introduce un medicamento o remedio natural líquido, ya sea frío o tibio, por el ano y a través del recto para hacer una limpieza del colon, el recto y parte de los intestinos.

Objetivo

- Combate [el estreñimiento](#) extrayendo todo los restos intestinales a través de la estimulación del peristaltismo.
- Sirve para lubricar el recto y que las heces o restos se reblandezcan.

- También se utiliza para una limpieza de colon y recto para la preparación al parto u otros procedimientos.
- Los enemas también sirven para la administración de medicinas y compuestos nutricionales.

Materiales:

- Recipiente con solución indicada.
- [guantes estériles](#)
- Irrigador con su tramo de goma, adaptador, pinza protegida o llave de seguridad.
- Sondas rectales o cánulas.
- Lubricantes.
- Torundas.
- Hule y sábana tirante.
- Porta irrigador.
- Riñonera o similar para desechos.
- Papel higiénico.
- Cuña (si es necesario).
- Agua, jabón y toalla (si es necesario el aseo de la región por la enfermera).
- Pera o jeringa para uso en pediatría.

Procedimiento

- Verificar la indicación médica en el expediente clínico.
- Verificar la identificación del paciente. Llamarle por su nombre.
- Trasladar el equipo y materiales a la unidad del paciente.
- Lavarse las manos.
- Explicar al paciente en qué consiste la realización del procedimiento, respetando al máximo su intimidad.
- Preparar y tener dispuesto el material. Colocar el equipo irrigador y/o la bolsa con la solución a administrar, previamente tibia a temperatura corporal en el soporte (pentapié) a una altura máxima de 50 cm sobre el nivel del paciente.
- Conectar la sonda al extremo del tubo transportador del irrigador o bolsa. Lubricar la punta de la sonda. Extraer el aire del sistema del equipo para irrigar y de la sonda. Pinzar el sistema para evitar que la solución siga saliendo.
- Colocar al paciente en posición de Sims. Decúbito lateral izquierdo con la extremidad inferior derecha flexionada, si no está contraindicado. Descubrir solamente la región. Colocarse los guantes.