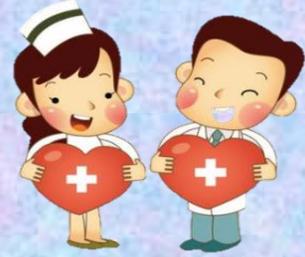




**UNIVERSIDAD DEL
SURESTE
CAMPUS TABASCO**



MATERIA: FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA III

TEMA: VALORACIÓN DE LA SALUD

**NOMBRE DEL MAESTRO: ENF. JUANA INES HERNANDEZ
LOPEZ**

NOMBRE DEL ALUMNO: JORGE PERALTA VÁZQUEZ

GRADO:3

GRUPO: D

TIPOS DE BAÑOS PARA EL PACIENTE

BAÑO DE PACIENTE EN CAMA

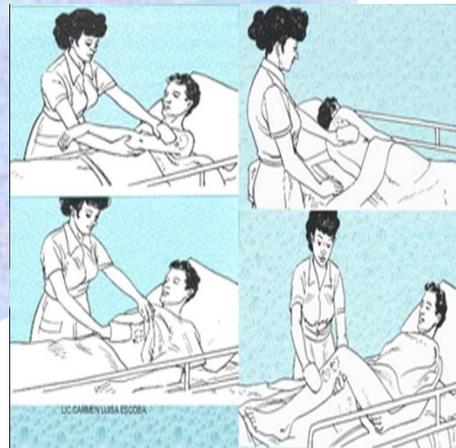
Es una técnica de Enfermería que se realiza en hospitales y centros geriátricos a los pacientes por su estado de salud, no puede abandonar la cama.

Objetivos

- Promover y mantener hábitos de higiene personal.
- Proporcionar comodidad y bienestar.
- Eliminar residuos de sudación, secreciones, microbios y desechos.
- Evitar infecciones.
- Estimular la circulación de todo el cuerpo

Equipo:

- Una toalla grande.
- Dos toallas medianas.
- Dos manoplas o esponjillas.
- Jabón líquido.
- Dos palanganas con agua caliente.
- Gasas y torundas.
- Cepillo de dientes
- Peine.
- Cepillo de uñas.
- Ropa limpia de la persona cuidada.
- Ropa limpia de la cama y salva camas.



procedimiento

1. Preparar todo lo necesario, poniéndolo a mano y ordenando
2. Pedir la colaboración de la persona que estamos cuidando.
3. Comprobar que la temperatura de la habitación sea adecuada y haya intimidad.
4. Ofrecer a la persona cuidada la posibilidad de orinar antes del baño.
5. Retirar las ropas de la cama tapando a la persona cuidada con la toalla grande.
6. Retirar la almohada, Situarse a un lado de la persona cuidada.
7. Quitar el camisón o pijama manteniendo la toalla grande sobre el cuerpo.
8. Llenar las palanganas de agua caliente.
9. Echar en una de ellas jabón líquido.
10. Introducir una esponja en cada palangana.
11. Una será utilizada para jabonar y la otra para enjuagar; teniendo cuidado de no intercambiarlas.
12. 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.
13. 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.
14. Secar muy bien cara, orejas y cuello con la otra toalla.

15. Levantar el brazo más cercano a nosotros y poner la toalla pequeña que estaba en el pecho debajo de él.
16. Sosteniendo el brazo por encima de la muñeca, lavar el hombro, la axila y el brazo; jabonando, enjuagando y secando.
17. 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.
18. Realizar la misma maniobra con el otro brazo.
19. Descubrir la zona del pecho doblando en la mitad la toalla grande que cubría a la persona, jabonar y enjuagar la zona.
20. Secar muy bien, sobre todo debajo de las mamas de la mujer.
21. 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.
22. Descubrir totalmente la pierna más cercana a nosotros y colocar la toalla protectora debajo de ella. Enjabonar, enjuagar y secar muslo y pierna.
23. 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.
24. Repetir la operación completa con la otra pierna y con el otro pie.
25. 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.
26. 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.
27. Realizar un masaje en la espalda.
28. 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.
29. Terminado el aseo, vestir a la persona y hacer la cama
30. Peinar, echar colonia. Si es necesario realizar el aseo del cabello.
31. Colocar la almohada y poner a la persona en posición cómoda

🚿 BAÑO DE PACIENTE EN DUCHA

Procedimiento que se realiza cuando el usuario puede deambular y no necesita apoyo o puede hacer ciertas cosas por sí mismo.

Objetivos

- Promover y mantener hábitos de higiene personal.
- Eliminar la suciedad y facilitar la transpiración.
- Activar la circulación periférica y la ejercitación de los músculos y extremidades.

- Observar cualquier signo patológico en la piel y estado general del paciente
- Proporcionar bienestar, confort y comodidad.

Equipo

- Regadera con soportes de seguridad y banco.
- Porta sueros de pie.
- Toalla y bata limpia.
- Ropa de cama limpia para la unidad del paciente.
- Jabón de tocador.
- Artículos de higiene personal (sandalias, pasta dentrífica, cepillo, peine, papel higiénico, etc).



Procedimientos

1. Lavarse las manos y preparar el equipo.
2. Trasladarlo a la unidad del paciente.
3. Identificar al paciente y explicarle el procedimiento, adoptando medidas para actuar en privado.
4. Llevarlo a la regadera e indicarle cuál es la llave de agua fría y de la caliente.
5. Dejarle la ropa limpia para cambio.
6. Asegurar la solución al porta sueros y cerrar la llave de paso.
7. Abrir las llaves del agua y regularla hasta que alcance una temperatura de 36 a 37° C, y cierre para evitar enfriamientos.
8. Ayudar al paciente a sujetarse y sentarse posteriormente para comodidad y seguridad, si es posible dejar que un familiar le auxilie, en caso de no contar con el apoyarle hasta donde sea necesario.
9. Instruirle para que empiece por la cabeza y termine con los genitales y pies.
10. Una vez que haya terminado proporcionarle la toalla para que se seque perfectamente y la bata para que se vista.
10. Permítale que lleve a cabo su costumbre de limpieza para que posteriormente se dirija a su unidad la cual previamente ya debe haber sido aseada y cambiada la ropa de cama de acuerdo a los procedimientos establecidos.
11. Una vez que el paciente haya vuelto a su unidad abrir el paso a su solución parenteral si la tiene y regular el goteo.
12. Déjelo cómodo y retire la ropa húmeda y sucia dándole los cuidados posteriores a su uso.
13. Realizar el registro de enfermería.

✚ BAÑO DE ESPONJA

OBJETIVO

Proporcionar al paciente el aseo necesario para satisfacer las necesidades de higiene y confort, conservando el buen estado de hidratación de la piel.

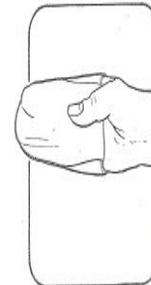
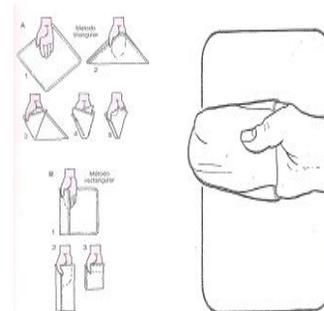
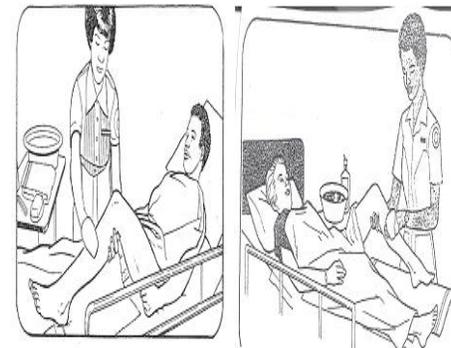
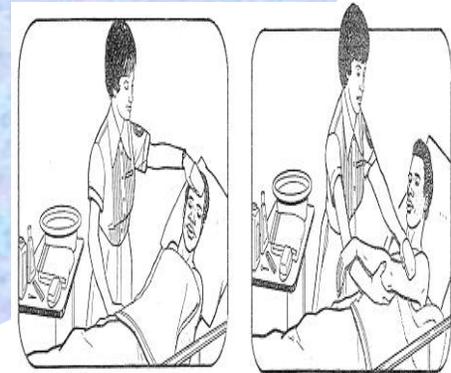
Material

- Aceite.
- Artículos de higiene personal.

- Bolsa para residuos.
- Esponja sin jabón
- Guantes no estériles.
- Jabón neutro.
- Papel higiénico.
- Peine.
- Registros de Enfermería.
- Vaselina líquida.

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 guantes.
8. Preparar agua a temperatura adecuada.
9. Colocar al paciente en decúbito supino.
10. Desnudar al paciente y cubrirlo parcialmente con la sábana.
11. Comenzar a lavar al paciente por la cara con agua sin jabón. Secar.
12. Lavar con agua y jabón el cuello, orejas, brazos y axilas. Enjuagar y secar.
13. Acercar la palangana al borde de la cama y permitir que el paciente introduzca las manos y se las lave. Secarle las manos.
14. Cambiar el agua, jabón y esponja.
15. Seguir lavando el tórax. En las mujeres incidir de manera especial en la zona submamaria. Continuar con el abdomen. Enjuagar y secar.
16. Colocar al paciente en decúbito lateral (G – 3.2).
17. Lavar la parte posterior del cuello, hombros, espalda y nalgas. Enjuagar y secar.
18. Colocar de nuevo al paciente en decúbito supino (G – 3).
19. Lavar extremidades inferiores prestando mayor atención a los pliegues interdigitales. Enjuagar y secar.
20. Cambiar el agua, jabón y la esponja.
21. Lavar genitales y zona anal Enjuagar.
22. Secar bien la piel, poniendo especial atención a los pliegues cutáneos.
23. Frotar la espalda con aceite o vaselina líquida.



24. Vestir al paciente con la pijama o el camisón.
25. Peinar al paciente y facilitar el uso de los artículos de aseo personal (desodorante, colonia, talco...).
26. Observar el estado de las uñas, limpiar y cortar si es necesario.
27. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
28. Recoger el material.
29. Retirarse los guantes.
30. Realizar lavado de manos.
31. Anotar en los registros las posibles incidencias.

LAVADO GÁSTRICO

Es la introducción de líquidos a través de la sonda hasta el estómago y lavado es la extracción del contenido gástrico, mas el liquido irrigado.

OBJETIVOS

- Mantener permeable la sonda.
- Controlar hemorragias gástricas.
- Lavar el estómago.

Materiales

- Bandeja.
- Guantes.
- Sonda gástrica.
- Riñonera.
- Agua estéril.
- Recipiente con solución indicada.
- Jeringa de 20 o 50 ml.
- Tela adhesiva.
- Toalla de papel.

PROCEDIMIENTO

1. Lavarse las manos.
2. Revise el expediente y verifique la orden médica.
3. Identifique al paciente y explíquele el objetivo del procedimiento.
4. Prepare material y equipo, llévelo al lado del paciente.
5. Proteja la intimidad del paciente (cortina, mampara).
6. Póngase los guantes.
7. Coloque al paciente en posición semi-fowler.
8. Introduzca la sonda según técnica. (Asegúrese que la sonda este en el estómago)
9. Ponga el extremo colgante de la sonda dentro la riñonera y deje salir el contenido gástrico.
10. Tome la jeringa y llénela con 50 ml de solución indicada.
11. Coloque la jeringa en el extremo libre de la sonda.
12. Inicie la irrigación lentamente con 50 ml de solución y repita hasta completar 250 ml.



13. Aspire suavemente con la jeringa si el líquido no regresa por gravedad.
14. Descarte el líquido drenado.
15. Repita el procedimiento aumentando el volumen de la irrigación.
16. Repita el ciclo hasta que la solución salga limpia.
17. Retire la sonda si esta ordenado, o conéctela al recipiente para drenaje libre.
18. Deje cómoda al paciente.
19. Recoja el equipo, lávelo y colóquelo en su lugar correspondiente.
20. Quítese los guantes y lávese las manos.
21. Haga las anotaciones necesarias en el expediente clínico de enfermería.

SUCCION GÁSTRICA

Es un procedimiento para vaciar los contenidos del estómago

objetivos

Contribuir al drenaje de gases y secreciones gástricas.

Prevenir y disminuir la emesis.

Como medio diagnóstico y tratamiento al medir la cantidad de evacuado en determinado número de horas.

- MATERIAL:
- pinza clap
- lubricante
- suero fisiológico
- sonda
- gasas
- guantes
- esparadrapo
- bolsa para terminal de sonda
- fonendo
- jeringa de 50cc
- un vaso con agua.

Procedimiento

- Informar al paciente.
- Colocar al paciente en posición de Fowler
- Cubrir el pecho del paciente con la toalla y colocar cerca la batea
- Lavarnos las manos y enfundarnos los guantes.
- Decirle al enfermo que se suene y examinar los orificios nasales para comprobar su permeabilidad.
- Escoger el orificio por el que respire mejor.
- Determinar la cantidad de tubo que debemos introducir para llegar al estómago. es conveniente que tras realizar la medida hagamos nosotros una señal en el lugar deseado.



- Lubricar el extremo distal de la sonda y la fosa nasal elegida
- introduciremos la sonda horizontalmente para evitar que tropiece en los cornetes.
- Dar al paciente agua para beber o pedirle que trague saliva para que la sonda atraviese la rinofaringe.
- Introducir hasta la marca que tiene la sonda.
- Auscultar con el estetoscopio mientras se mete 50cc de aire por la sonda.
- Sujetar la zonda en la nariz con una gasa.
- Recogida de material, lavado de manos
- retiro de la sonda nasogástrica
- Lavarse las manos y enfundarse unos guantes, que no es necesario que sean estériles.
- Colocar al paciente en posición de Fowler
- Pinzar o taponar la sonda.
- Quitar el esparadrapo de fijación.
- Solicitar al paciente que haga una inspiración profunda y una espiración lenta
- Retirar la sonda suavemente, con un movimiento continuo y moderadamente rápido
- Efectuar la higiene de las fosas nasales y de la boca.

✚ **LAVADO VAGINAL**

El término "ducha" significa lavar o empapar. La ducha vaginal consiste en lavar o limpiar la parte interna de la vagina con agua u otras mezclas de líquidos. La mayoría de las duchas se venden en tiendas como mezclas, previamente preparadas, de agua y vinagre, bicarbonato de sodio o yodo. Las mezclas normalmente vienen en una botella o bolsa.

Debes rociar el interior de la vagina, con la ducha vaginal hacia arriba, mediante un tubo o pico. Luego la mezcla de agua sale hacia el exterior de tu vagina.

La ducha vaginal es diferente a lavar la parte externa de tu vagina durante el baño o ducha. Enjuagar la parte externa de tu vagina con agua tibia no produce daños en la misma. Sin embargo, la ducha vaginal puede causar diferentes problemas de salud.

✚ **ENEMA**

Es la introducción de sustancias en el colon a través del recto con la finalidad de eliminar la materia fecal.

Objetivo

Lograr, por medio de las sustancias que se introducen, y promover la defecación, pasar medio de contraste y como tratamiento o limpieza de la porción terminal del colon.

Material y equipo

- Sistema irrigador y/o bolsa para enema desechable.
- La bolsa desechable es más apropiada por ser práctica en su uso.
- Sonda rectal prelubricada.
- Solución para administrar.
- Guantes desechables.
- Lubricante hidrosoluble.
- Soporte para la solución (pentapié).
- Cómodo (papel higiénico).
- Pinzas de clamp en caso necesario.
- Bolsa para desechos.

Procedimiento

1. Verificar la indicación médica en el expediente clínico.
2. Verificar la identificación del paciente. Llamarle por su nombre.
3. Trasladar el equipo y materiales a la unidad del paciente.
4. Lavarse las manos.
5. Explicar al paciente en qué consiste la realización del procedimiento, respetando al máximo su intimidad.
6. 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.
7. 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.
8. Colocar al paciente en posición de Sims. Decúbito lateral izquierdo con la extremidad inferior derecha flexionada, si no está contraindicado. Descubrir solamente la región.
9. Colocarse los guantes.
10. Separar con una mano los glúteos para visualizar el orificio anal; con la otra mano introducir suavemente el extremo distal de la sonda rectal, unos 10 cm aproximadamente.
11. Despinzar el sistema y dejar pasar lentamente la solución al paciente, de tal manera que éste lo tolere sin molestias. Terminar de administrar la cantidad de solución indicada.
12. Pinzar el sistema y retirar suavemente la sonda, desecharla conforme lo marca la NOM 087-ECOL-1995.
13. Colocar al paciente en decúbito lateral derecho. Motivar al paciente para que retenga la solución de 5 a 10 minutos.
14. Colocar el cómodo al paciente y/o ayudarlo a que evacúe en el sanitario el enema y las heces fecales.
15. Asear al paciente o proporcionarle los medios (papel sanitario) para que él, si está en condiciones, se lo realice solo.



La aplicación de enemas requiere de algunos pasos a seguir.



Existen algunos enemas en presentaciones fáciles de administrar.

16. Registrar en el expediente clínico el procedimiento realizado, la cantidad de solución administrada y si se cumplió el objetivo para el cual fue administrada. Asimismo incluir la fecha, hora, características de la eliminación e incidencias durante el procedimiento.