

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA III

DANIELA MILDRED RAMOS AQUINO

TERCER CUATRIMESTRE GRUPO D

DOCENTE. M.L.E JUANA INÉS HERNÁNDEZ LÓPEZ

13 DE JUNIO DEL 2020

# VALORACIÓN

## TÉCNICAS DE ENFERMERÍA

### 1. TIPOS DE BAÑOS

**Baño en cama:** el paciente puede mantener movilidad en la cama, pero no puede levantarse de ella, no obstante, colabora en la realización de él y en los cambios posturales durante la higiene.

**Baño completo en cama:** el paciente se encuentra encamado y sin movilidad por lo cual el auxiliar deberá realizar el procedimiento, desde el aseo del cabello a todas las partes del cuerpo.

**Baño parcial:** se realiza el aseo de zonas específicas del paciente, como un aseo genital antes de un sondaje; aseo de cabello; aseo de cara, ojos y oídos.

**Baño en bañera o ducha:** se realizará siempre que el paciente pueda incorporarse de la cama y se realizará en la bañera o ducha con la ayuda del auxiliar.

#### OBJETIVOS.

- Conservar un buen estado en la piel, para lo cual eliminaremos las diferentes secreciones y evitamos un olor desagradable en el paciente
- Conseguir el bien estar del paciente para sentirse más relajado y con mayor bienestar durante su estancia.
- Disminuir en casos de Pirexia la hipertermia para favorecer la regulación de la temperatura corporal
- Estimular la circulación sanguínea de los pacientes que llevan un largo tiempo inmovilizados en la cama
- Favorecer la estimulación de la piel con una aplicación y fricción de crema hidratante para mejorar su aspecto y evitar irritaciones, además de disminuir la aparición de úlceras por presión
- Identificar el estado de la piel, para advertir, evitar y cuidar anomalías que puedan estar apareciendo, desde el comienzo de una úlcera por presión en estadio 1 hasta cualquier tipo de enfermedad.

#### MATERIALES.

- Palangana con agua a 37°-40°
- Esponja jabonosa
- Dos toallas
- Crema hidratante
- Champú

- Secador
- Peine
- Tijeras de punta roma
- Cepillo
- pinzas
- Hule
- Entremetida.

## PROCEDIMIENTO

### **Cara, cuello y orejas**

Se moja una gasa con suero fisiológico para realizar la higiene de los ojos siempre desde el ángulo interno del ojo hasta el ángulo externo.

Las orejas se limpiarán solo el pabellón auditivo y evitando bastoncillos en el conducto auditivo para evitar lesiones.

El cuello se comenzará por detrás de las orejas manteniéndose esta zona muy limpia y seca para que no aparezcan ningún tipo de hongos e infecciones.

### **Hombros, brazos y manos**

Comenzaremos por los hombros para continuar con los brazos y debajo de las axilas, que también deberán quedar limpias y secas. Después procederemos a la higiene de las manos haciendo mucho hincapié en los **espacios interdigitales de los dedos**. Si fuera necesario procedemos al corte de las uñas.

### **Tórax y abdomen**

Importante limpiar correctamente y secar **debajo de las mamas** de forma metódica para continuar con la zona del abdomen.

### **Extremidades inferiores**

Limpiaremos la **zona de las ingles, los muslos y los pies**, que realizaremos el mismo aseo que en las manos. Las ingles siempre las limpiaremos de arriba hacia abajo, es decir de la zona anterior a la posterior. Los dedos de los pies los limpiaremos igual que los dedos de las manos, siempre haciendo hincapié en las zonas interdigitales. Podemos realizar el corte de las uñas si fuera necesario.

### **Espalda y glúteos**

Colocaremos al paciente en decúbito lateral y comenzaremos por el aseo de zona dorsal, lumbar, nalgas e inclusive si no se hubiera realizado antes la higiene de las extremidades inferiores. Cuando finalicemos deberíamos cambiar el agua para comenzar con los genitales.

### **Genitales**

El paciente deberá encontrarse en decúbito supino con las extremidades inferiores separadas. Colocaremos una cuña debajo de sus glúteos o perineo para proceder a su higiene. Es importante utilizar las gasas para realizar el aseo y siempre de arriba hacia abajo tanto en la mujer como en el hombre. En el hombre es necesario retirar su prepucio para no quedar secreciones.

### **Cabello**

Colocar al paciente en posición Roser que consistirá en colocar al paciente en decúbito supino con la cabeza fuera del colchón. Dejaremos colocada una toalla debajo de los hombros y si es necesario ponemos algodones en los oídos para que no entre agua.

Vamos a realizar un canalón con el hule desde la cabeza hasta la palangana que se encuentra en el suelo para ir recogiendo el agua que caiga. Mojaremos el cabello con agua y posteriormente aplicaremos el champú. Después volvemos aclarar el cabello con agua. Secaremos el cabello con una toalla y también con un secador

## **2. LAVADO GÁSTRICO**

El lavado gástrico es un procedimiento enfermero que consiste en la introducción de una sonda de gran calibre y multiperforadora en la parte distal, hasta el estómago del paciente para la eliminación estomacal de sustancias tóxicas, limpieza gástrica para alguna prueba diagnóstica o para la extracción de coágulos cuando el paciente presenta un sangrado digestivo.

### **OBJETIVO**

Realizar de forma correcta el lavado gástrico en las intoxicaciones agudas.

### **MATERIALES.**

- Sonda de Faucher, de un calibre de, al menos, 32 Fr.
- Jeringa de 50 CC.
- Embudo.
- Lubricante.
- Pinza o sistema de clampaje.
- Guantes.
- Agua tibia.
- Carbón activado, si está indicado, y catártico.
- Frascos de recogida de muestras para toxicología.
- Pulsioxímetro.
- Material para canalización de vía venosa periférica.

## PROCEDIMIENTO

- Seleccionar y preparar el material.
- Lavado de manos y colocación de guantes.
- Medir la longitud de la sonda que es necesario introducir.
- Lubricar la porción distal de la sonda.
- Comenzar a introducir por la cavidad oral, sin forzar, recomendando al paciente que trague para facilitar su avance. Es conveniente colocar el cuello en ligera flexión ventral.
- Comprobar la ubicación de la sonda auscultando el epigastrio a la vez que se insufla aire con la jeringa de 50 mg
- Aspirar con la jeringa el mayor contenido gástrico posible, reservando una muestra para su posterior análisis toxicológico.
- Introducir agua tibia en cantidad entre 150 y 300 ml.
- Masajear suavemente el epigastrio para favorecer la dilución del tóxico con el líquido.
- Vaciar el estómago colocando la porción proximal de la sonda por debajo del nivel del estómago o aspirando.
- Observar la cantidad de líquido, se debe recuperar aproximadamente el mismo volumen que se introdujo.
- Repetir esta acción hasta que el contenido salga claro o un máximo de 10 veces (un total de 3 l. de líquido, cantidades superiores pueden provocar una intoxicación hídrica).
- Completar el lavado, si está indicado, con la administración de carbón activado y el catártico.
- Cambiar la sonda en su porción proximal y retirar.

### 3. SUCCIÓN GÁSTRICA

Es un procedimiento para vaciar los contenidos del estómago. ' **Succión gástrica.** es un procedimiento habitual en los cuidados de **enfermería** y utilizado durante décadas con el fin principal de evacuar sustancias tóxicas del estómago.

#### 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 si usted ha estado vomitando sangre
- Recoger ácidos estomacales
- Aliviar la presión si usted tiene obstrucción en los intestinos

## PROCEDIMIENTO

Se introduce una sonda a través de su nariz o la boca, bajando por el esófago hasta el estómago. Su garganta puede adormecerse con medicamentos para reducir la irritación y el reflejo nauseoso causado por la sonda.

Los contenidos estomacales se pueden extraer utilizando la succión de inmediato o después de irrigar con agua a través de la sonda.

### 4. LAVADO VAGINAL

La ducha vaginal es un método para limpiar el interior de la vagina mediante el uso de distintas sustancias que pueden estar compuestas por antisépticos, vinagre o aromas; mezclados con agua. Por lo general, estas duchas vienen en botellas, con un aplicador para hacer el lavado.

#### OBJETIVO

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

#### MATERIALES

- 1 mesa auxiliar
- 1 jarra con agua tibia
- Jabón neutro
- 1 toalla pequeña
- Guantes de higiene
- Paño higiénico o esponja
- 2 torundas grandes de algodón
- Lubricante de piel si está indicado
- Biombo
- Papel higiénico
- Recipiente para residuos con bolsa negra
- Recipiente para residuos con bolsa roja

#### PROCEDIMIENTO

Informar a la paciente sobre la técnica a realizar y pedir su colaboración.

Proporcionar intimidad a la paciente.

Lavar las manos y poner guantes

Colocar a la paciente en decúbito supino con las rodillas flexionadas y separadas (abducción).

Descubrir el área genital.

Colocar la cuña.

Verter sobre la vulva agua tibia con la solución antiséptica.

Limpiar con torundas de algodón empapadas en jabón antiséptico los labios mayores, cambiar la torunda, separar los labios menores para lavar los pliegues, de arriba abajo, terminando en el ano.

Aclarar con agua tibia.

Secar con torundas de algodón, siempre de arriba hacia abajo.

Retirar la cuña.

Girar a la paciente de lado y secar la zona perineal desde la vagina hacia el ano.

Desechar las torundas de algodón y todo el equipo desechable dentro de una bolsa.

Acomodar a la paciente

Sacar guantes.

Lavar manos.

Registrar en la hoja de comentarios de enfermería las incidencias que hubiera.

## 5. ENEMAS

Es el procedimiento de introducir líquidos en el recto y el colon a través del ano. Los enemas pueden llevarse a cabo por razones médicas o de higiene, con fines diagnósticos, o como parte de terapias alternativas o tradicionales.

### OBJETIVO

Facilitar la evacuación de heces mediante la administración de una solución a través del recto.

### MATERIALES

- Guantes desechables.
- Sonda rectal.
- Sistema irrigador.
- Solución a irrigar.
- Lubricante hidrosoluble.
- Cuña.
- Gasas.
- Pinzas de Clamp.
- Protector de cama.

### PROCEDIMIENTO

- Introducir sonda rectal según protocolo.
- Administrar lentamente la solución a irrigar que el paciente tolere sin molestias.
- Retirar la sonda una vez introducida la solución a irrigar.
- Colocar al paciente en decúbito lateral derecho.
- Requerir al paciente que retenga el enema unos 10 minutos.
- Facilitar el acceso al cuarto de baño, si es posible, en caso contrario, colocar al paciente una cuña para que evacue.
- Ayudar al paciente a realizar el aseo, si es necesario.
- Recoger el material utilizado.
- Retirarse los guantes y lavarse las manos.
- Registrar la técnica en la hoja de enfermería.