



**Nombre del alumno: Juan Pablo
Aguilar Jiménez**

**Nombre del profesor: MASS. María Del
Carmen López Silba**

Nombre del trabajo: Técnicas

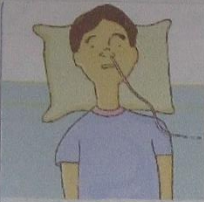
PASIÓN POR EDUCAR

**Materia: Fundamentos De Enfermería
III**

Grado: 3°

Grupo: "A"

- INTUBACIÓN NASOGÁSTRICA



Es el procedimiento donde se introduce una sonda nasogástrica por nariz o boca a la cavidad gástrica.

• Objetivos:

- Administrar alimentos a la cavidad gástrica del paciente, para nutrirlo.
- Administrar medicamentos a la cavidad gástrica con fines terapéuticos.
- Eliminar líquidos y gases por descomposición del aparato digestivo alto.
- Determinar la cantidad de presión y actividad motora en el tubo digestivo.
- Tratar pacientes con obstrucción mecánica y con hemorragia en el tubo digestivo.
- Obtener muestra de contenido gástrico.

• Equipo y material: (horolo con:

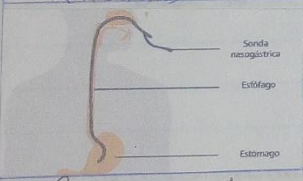
- Sonda nasogástrica, (Levin) calibre 17 u 18 F, de preferencia desechable.
- Vaso con agua fría o trozos pequeños de hielo.
- Vaso con solución fisiológica o lubricante hidrosoluble.
- Pinzas hemostáticas.
- Bandeja en forma de unión para secreciones o vómito.
- Cinta hipoalérgica de 2.5 a 3 cm.
- Hisopos, gases.
- Toallas o compresas.
- Cojín de hule o plástico.
- Pañuelos desechables.
- Guantes.
- Endoscopio.
- Abate lengua.

Técnica de intubación nasogástrica

Intervención	Fundamentación
① Lavarse las manos	<ul style="list-style-type: none"> El agua y el jabón sirven de barrera mecánica a los microorganismos patógenos
② Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad clínica, dejando la sonda en un recipiente con hielo.	<ul style="list-style-type: none"> La acción del frío sobre el material de hule es endurecerlo, situación que facilita el paso de la sonda, reduce la fricción y disminuye la irritación en la mucosa.
③ Explicarle el procedimiento al paciente y colocarlo en posición sedante.	<ul style="list-style-type: none"> La rectitud anatómica del Tracto Digestivo facilita la deglución y, por ende, el peso de la sonda.
④ Absorber nariz y boca con hisopos o gasas con alcohol/lengua, dependiendo del tipo de intubación.	<ul style="list-style-type: none"> Una cavidad libre de moco, líquido o exudados, se encuentra permeable.
⑤ Proteger la parte anterior del fórax con hule y toalla, y colocar debajo del mentón la bandeja unión.	<ul style="list-style-type: none"> Las medidas de protección previenen de lesiones en algunos órganos del cuerpo.
⑥ Intubos de la forma siguiente:	<ul style="list-style-type: none"> La longitud de la sonda, desde la punta de la nariz al lóbulo de la oreja y de ésta al apéndice xifoides, asegura la distancia hacia el estómago de un adulto de estatura promedio.
<ul style="list-style-type: none"> Colocarse los guantes 	<ul style="list-style-type: none"> La lubricación reduce la fricción entre mucosas y sonda.
<ul style="list-style-type: none"> Extraer la sonda del hielo para medir a parte que se va a introducir. 	<ul style="list-style-type: none"> La integridad de las mucosas evita la introducción de agentes patógenos.
<ul style="list-style-type: none"> Humedecer la sonda con solución fisiológica 	<ul style="list-style-type: none"> La introducción de materiales oleosos en la tráquea pueden desarrollar neumonía lipóide.
<ul style="list-style-type: none"> Introducir con lentitud la sonda a nasofaringe posterior, por la nariz y pedirle que degluta sorbos de agua para facilitar su avance. 	<ul style="list-style-type: none"> El conocimiento anatómico fisiológico del tubo digestivo favorece la maniobra para pasar la sonda
<ul style="list-style-type: none"> Indicarle que flexione el cuello sobre el fórax y respirar con profundidad una vez pasados de 7 a 8 cm de longitud de la sonda. 	<ul style="list-style-type: none"> Un estímulo en la faringe y úvula produce el reflejo nauseoso.
<ul style="list-style-type: none"> En caso de que no pueda intubarse, retirar la sonda y probar en nariz contraria. 	

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7) Fijar la sonda con cinta hipoalérgica | • La fijación adecuada de la sonda impide su retiro del estómago |
| 8) Realizar el procedimiento de acuerdo con el objetivo deseado. | • El cumplimiento de los objetivos previene de traumas emocionales y fisiológicos, asimismo se cumple con un tratamiento y cuidado integral |
| 9) Vigilar el estado del paciente, la permeabilidad de la sonda y la velocidad del flujo. | • Sensación de plenitud, meteorismo, náuseas, vómito, diarrea o estreñimiento, son aspectos que deben vigilarse durante la administración de alimentos o medicamentos. |
| 10) Logrados los objetivos, se retira la sonda con una pinza o fuerza, previa explicación al paciente y retiro de los puntos de fijación. | • La respiración profunda y espiración lenta ayudan a prevenir la aspiración de líquidos o inhalación de la sonda |
| 11) Desechar la sonda o lavarla con agua corriente para su esterilización, dependiendo del tipo de material usado. | • El uso de material desechable previene de infecciones hospitalarias. |

Indicaciones



- Aspiración de secreciones gastroboduinales en caso de paresia gástrica, íleo, etc.
- Alimentación enteral o lavados gástricos.
- Estorpio y/o eliminación del contenido gástrico (tóxicos, etc.)

- Prevención de broncoaspiración en enfermos con bajo nivel de conciencia o problemas de deglución.
- Diagnóstico y seguimiento de la hemorragia digestiva alta.

Posibles complicaciones si no se realiza bien el procedimiento.



- Colocación en círculo traqueobronqueal
- Broncoaspiración
- Epistaxis
- Erosión esofágica
- Hemorragia gástrica
- Erosión nasal
- Otitis media
- Abscesos intracerebrales

Cuidados de enfermería

- Registrar intervención; apuntar fecha de la colocación, motivo del sondaje, modelo y calibre de la sonda e incidencia durante el proceso si las hubiera. La indicación de la técnica debe estar firmada por orden médica.
- Planificar fecha de cambio según tipo de sonda y cuidados de mantenimiento.
- Informar al paciente de las sensaciones que puede tener y hacerle participe en la medida de lo posible en su autocuidado.
- Evitar estroños y desplazamientos de sonda.
- Cambiar fijación cada 24 hrs y movilizar sonda para evitar úlceras por decúbito. No se movilizará sonda, ni se realizarán lavados en casos de intervención de cirugía gástrica o esofágica salvo prescripción médica.
- Se recomienda verificar la correcta colocación de la sonda antes de la administración de medicación y/o alimentación y siempre que existan dudas de su correcto emplazamiento.
- Cuidados de higiene boca nasal.
- Mantener permeabilidad y vigilar aparición de náuseas, vómitos o distensión abdominal que pueda indicar obstrucción de la sonda.
- Si la SNG se emplea para nutrición enteral o administración de medicación, limpiar sonda antes y después de administración con 50 cc de agua y cada 4 o 6 hrs si se trata de nutrición continua. Mantener al paciente en posición Fowler durante la administración y dejarlo con cabecera elevada 30° media hora después de la misma.
- Cuando se trata de una sonda nasogástrica de luz única, utilizar aspiración intermitente a baja presión. Cuando posee doble luz, se puede usar aspiración continua baja (30 mmHg) preferencialmente o aspiración alta de modo intermitente (entre 80 y 120 mmHg).
- Vigilar integridad de la sonda. Es recomendable cambiar sonda cada 15 días, alternando ambas ramas. Si la sonda es de cambio alimentación el cambio se realiza cada 30 días.

- ENEMA EVACUANTE



Es la instalación de una solución dentro del recto y colon sigmoides.

• Objetivos:

- Fomentar la defecación por medio de la estimulación del peristaltismo
- Mejorar en forma temporal el estreñimiento
- Evacuar el contenido intestinal con fines diagnósticos o terapéuticos
- Introducir soluciones con fines terapéuticos.

• Equipo y material: (hojala con:)

- Equipo comercial de enema desechable o irrigador con tubo de conexión reutilizable
- Adaptador
- Sonda rectal calibre 12 a 18 Fr para niños o 22 o 30 Fr para adultos
- Lubrificante
- Pinza hemostática
- Gasas
- Bandeja - riñón
- Papel higiénico
- Guantes limpios
- Cinta adhesiva para fijación de sonda rectal en caso necesario
- Cómodo
- Protector de hule
- Solución prescrita a temperatura de 37 o 40°C
- Trípode

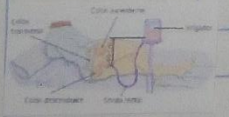
Técnica de instalación de enema evolvante

Intención	Fundamentación
① Informar al paciente sobre el procedimiento.	• La actitud del personal de enfermería influye en la actitud del paciente para obtener su colaboración.
② Preparar el equipo en el cuarto de trabajo y trasladarlo a la unidad clínica.	• La preparación del equipo previa al procedimiento, ahorra tiempo y esfuerzo al personal de enfermería.
③ En caso de no contar con equipo comercial, adaptar tubo de conexión y sonda al irrigador y purgator. Pinzar para cerrar el tubo.	• El aire introducido en el recto causa una distensión innecesaria.
④ Doblar colcha y cubrir hacia la piecera, retirar la almohada y colocar al paciente en posición de Sims izquierda, poniendo un protector de hule por debajo de la región glútea.	• La disposición anatómica del recto favorece el peso de la solución, por gravedad. • La humedad en la ropa de cama favorece la aparición de úlceras por presión.
⑤ Separar los glúteos e introducir el extremo proximal del equipo comercial o bien lubricar la sonda introducir de 7.5 a 10 cm con lentitud en el recto en dirección del ombligo. Abrir la pinza para permitir que el líquido fluya por declive o comprimir el envase del equipo comercial.	• La inserción lenta evita el espasmo del esfínter. • La eficiencia del procedimiento depende de la tranquilidad y reposo del paciente. • La irritación al tejido muscular puede provocar contracciones, lesiones y malestar físico.
⑥ Administrar con lentitud la solución, colocándola a una altura de 30 a 45 cm para un enema alto, 30 cm para un enema normal y 7.5 cm para un enema bajo.	• A mayor altura, mayor presión en la solución.
⑦ Controlar la solidez de la solución contenida en el equipo comercial o en el irrigador.	• La cantidad de solución que se introduce por enema depende del tipo éste, edad y estado del paciente.

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>8 Vigilar las reacciones del paciente durante la introducción de la solución.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Los movimientos bruscos favorecen la expulsión de la sonda. |
| <p>9 Extraer la sonda, desconectarla del tubo y cubirla con papel higiénico, colocándolo en botejo-rinón e indicarle al paciente sobre la retención del líquido.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • La compresión del compartimiento humano influye de manera positiva en la obtención del paciente. |
| <p>10 Indicar al paciente que vaya al sanitario o colocarlo sobre un cómodo y ofrecerle papel higiénico. Dejar a su alcance el fumbre.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • La posición sedante facilita la expulsión del contenido intestinal. |
| <p>11 Retirar el cómodo, cubirlo con protector y llevarlo al cuarto séptico para observar las características del material expulsado y para ascrito.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • La ventilación en la unidad clínica es factor físico integrante del ambiente terapéutico. |
| <p>12 Lavos los manos del paciente y dejarlo cómodo.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • El agua y jabón eliminan los microorganismos saprofitos de la piel. |
| <p>13 Elaborar el informe respectivo.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Las observaciones (concernientes) a cantidad y tipo de eliminación intestinal, están en relación con hábitos, tipo y cantidad de dieta, el estado hídrico y al tipo de poderimiento. |

Indicaciones
 Indicado para casos de constipación intestinal, también está indicado en la preparación de pacientes que van a ser sometidos a cirugía y en la preparación de pacientes para toma de rayos X de colon.

- Posibles complicaciones si no se realiza bien el procedimiento:
- Trauma o irritación en la mucosa
 - Alteraciones electrolíticas
 - Hipervolemia / Intoxicación por agua / Deshidratación
 - Mareos y debilidad
 - Distúrbios cardiacos
 - Follo cardiaco o agudo
 - Retención de la enema



Cuidados de enfermería



- Extremar las precauciones de inserción ante la presencia de hemorroides y/o fístulas.
- No forzar la entrada de la sonda si se encuentra resistencia importante o dolor agudo.
- Si el paciente presenta hemorroides externas, pedirle que realice un esfuerzo como si fuese a defecar.
- Si al administrar el enema, la entrada del líquido se hace más lenta, realizar una ligera rotación de la sonda.
- En el caso de que el paciente no expulse el enema, en el plazo de 1 hr., proceder a su extracción, mediante sondaje rectal.
- Enseñar al paciente y/o cuidador la razón y el efecto deseado del procedimiento.
- A que permanezca tumbado para que retenga la solución al mayor tiempo posible.
- Avisar en caso de aparición de signos y/o síntomas como: dolor, sangrado, mareo, etc.
- Registrar en la hoja del plan de cuidados la técnica y el momento de realización.
- Registrar en las observaciones de enfermería la efectividad del enema y los características del contenido evacuado.
- Observar el estado del paciente, por si sufre: molestias abdominales, mareo, sudoración, hipotensión, etc.
- Valorar la efectividad del enema.
- Ayudarlo a la higiene corporal cuando sea necesario.

- LAVADO VAGINAL

Conjunto de actividades encaminadas a mantener la higiene del perineo y los genitales, como parte del aseo diario y siempre que se presice.

• Objetivo:

• Mantener limpio la región perineal, evitar infecciones y favorecer el confort del paciente.

• Material y equipo:

- Guantes no estériles
- Toalla
- Palanganos (2)
- Cuña
- Paño de celulosa
- Protector de cama de celulosa
- Bolsa de residuos blanca
- Jabón neutro
- Sábana

• Técnica de lavado vaginal

- Preparar todo el material necesario junto a la cama del paciente.
- Realizar la higiene de manos
- Colocarse guantes no estériles
- Preparar los palanganos (2) con agua a unas $38^{\circ}-40^{\circ}\text{C}$ (una de ellos con jabón), adaptándola a las preferencias del paciente.
- Retirar la ropa innecesaria que cubre la cama, descubrir la zona genital del paciente y cubrirlo parcialmente con una sábana.
- Colocar un protector de cama debajo de la zona perineal
- Colocar la cuña a la paciente.
- Lavar el pubis y los labios mayores
- Separar los labios mayores con una mano y lavar con la otra los labios menores, vestíbulo perineal y región anal limpiando de arriba hacia abajo y de adentro hacia afuera, en un solo movimiento, desechando el paño de celulosa cada vez.

- Aclarar con agua a chorro y secar cuidadosamente de la misma forma, prestando especial atención a los pliegues.

- Indicaciones

- Infecciones vaginales

- Riesgo de infecciones bacterianas o por hongos

- Cuidados de enfermería

- Verificar que la paciente esté cómoda

- Observar áreas de inflamación, eritema o edema, secreciones excesivas o malos olores.

- En caso de Episiotomía: Observar si la zona está enrojecida o si tiene puntos infectados.

- Mantener seca la región del perineo para facilitar cicatrización.

- En caso de Hematomas: Aplicar alguna crema.

- En caso de Hemorroides: Aplicar hielo o pomadas anti-hemorroidales.

- Baño De Esponja En El Paciente Encamado



Es la limpieza general que se proporciona a un paciente en su cama, cuando no puede o no le está permitido bañarse en regadera o tina.

• Objetivos:

- Eliminar las células muertas, secreciones, sudor y polvo.
- Favorecer la función circulatoria por medio de la movilización y el masaje.
- Lograr comodidad y bienestar.

• Equipo y material:

- Recipiente con agua fría
- Recipiente con agua caliente
- Lavamanos o lebrillo
- Recipiente para agua sucia
- Jabonera con jabón
- 1 o 2 toallas grandes
- 2 toallas faciales o paños
- Apósito
- Toivnda de algodón
- Camisón o pijama
- Aplicadores
- Juego de ropa para cama
- Guantes limpios
- Pinza
- Talco
- Loción o alcohol
- Recipiente para ropa sucia o bolsa de plástico
- Cómodo.

Técnica de baño de paciente encamado

Intervención	Fundamentación
① Preparar el equipo en el cuarto de trabajo	• Un equipo integrado disminuye esfuerzos y optimiza las intervenciones de enfermería.
② Explicar el procedimiento y ofrecerle el cómodo u orinal	• Las medidas higiénicas contribuyen a que se sientan cómodos y descansados.
③ Cerrar puertas, ventanas, cortinas o colocar un biombo si es necesario.	• Una habitación libre de corrientes de aire y con temperatura de 20 a 23°C, contribuye al bienestar físico del paciente.
④ Retirar los utensilios de la mesa de noche y limpiarla con paño húmedo, al igual que la silla.	• El orden y la reducción del número de microorganismos aumentan la seguridad del medio.
⑤ Trasladar el equipo a la unidad clínica, colocando los artículos para baño en la mesa de noche o mesa puente y sobre la silla, la ropa de cama en orden inverso al que se va a usar.	• La integración y colocación ordenada del equipo, previa a la realización del procedimiento, evita o disminuye la pérdida de tiempo y energía.
⑥ Aflojar la ropa de la cama, iniciando por la cabecera del lado contrario al que se encuentra el buró y retirar la ropa que lo cubre, excepto la sábana "móvil".	• Al mover y sacar la ropa sucia, se esparcen microorganismos patógenos por el aire.
⑦ Colocar una toalla sobre el tórax del paciente y realizar el cepillado bucal si es el caso, retirar y colocar la dentadura o prótesis dental.	• El mal aliento, disminuye al retirar los depósitos de placa dentobacteriana blanca y amarilla.
⑧ Retirar la ropa al paciente. Primero quitar la manga del brazo que está libre	• Una maniobra cuidadosa y posición correcta del flexor, evita lesión en el sitio de canalización y retorno sanguíneo en el catéter de infusión.
• A continuación retirar la manga del brazo en caso de existir canalización instalada, deslizar la manga por el brazo y el catéter de infusión.	

- Tomar el frasco de la solución, sangre o algún medicamento, y pasarlo a través de la manga.
- ⑨ Colocar en posición decubito dorsal, retirar la almohada, y elevar la cabeza sobre el borde proximal superior de la cama.
 - Trabajar lo más cerca del objeto o paciente reduce el esfuerzo de los músculos y, como consecuencia, la fatiga.
- ⑩ Colocar una toalla sobre el tórax del paciente e introducir el cojín de Kelly por debajo de los hombros.
 - El uso de cojín Kelly o hule protege la ropa de la cama asegurando una corriente constante de agua.
- ⑪ Indicar al paciente que coloque su cabeza sobre el cojín de Kelly o hule.
 - Una posición correcta disminuye esfuerzo y previene de lesiones.
- ⑫ Proteger los conductos auditivos externos con forradas.
 - El oído externo está constituido por el pabellón auricular y el conducto auditivo externo.
- ⑬ Verter agua templada con la jara sobre el cabello y cabeza del paciente.
 - La temperatura (o por lo menos) depende del flujo sanguíneo existente.
- ⑭ Aplicar jabón o champú, friccional con las yemas de los dedos la superficie del cuero cabelludo y frotar el cabello cuantas veces sea necesario.
 - Los surfactantes tensioactivos o surfactantes producen espuma.
- ⑮ Enjuagar de forma constante, dejando que el agua escurra a la cubeta por acción de la gravedad.
 - El agua corriente favorece el ajuar mecanismo de los microorganismos.
- ⑯ Retirar los forrados de los conductos auditivos. Enjuagar el cabello con una toalla y elevar la cabeza del paciente, retirando de manera simultánea el cojín o hule y depositarlo en la cubeta.
 - El secado perfecto de la piel ayuda a prevenir irritaciones y lesiones.
- ⑰ Afilar la cara del paciente si es varón y proceder a lo siguiente:
 - El agua caliente y jabón o espuma reblandecen los tejidos, disminuyendo irritación o irritación calórica.
 - Conservar la toalla en el tórax

- Colocar jabón o espuma en las mejillas, parte superior del labio y mentón deslizar el rostillo o la rasuradora al mismo tiempo de tensar la piel y en dirección del crecimiento del pelo.

- Enjuagar y secar con la toalla.

18 Colocar una toalla facial sobre el forax y asear ojos con toallas húmedas, narinas y oídos con hisopo.

19 Con un paño húmedo lavar y enjuagar la cara iniciando por la frente, nariz, mejillas, mentón, cuello y pabellón auricular, primero del lado distal y luego del proximal. Secar la cara con la toalla facial y aplicar loción o crema.

20 Colocar la toalla o el paño debajo del brazo distal y lavar, enjuagar, secar con movimientos giratorios la extremidad superior distal, iniciando con la mano hasta terminar con la axila. De preferencia el aseo de manos se realizará dentro del lavamanos o lebrillo, enjuagando al chorro de agua.

21 Limpiar los espacios subungueales y si es necesario cortar los ongles.

22 Lavar, enjuagar y secar la parte anterior del forax y abdomen cubriéndolo con una toalla y asear con hisopo la cruz umbilical. Colocar comición limpio sobre forax y abdomen.

23 Lavar el brazo proximal en igual forma que el distal y terminar de

• El jabón irrita la piel y las mucosas.

• El exceso de alcalinidad del jabón libera la grasa protectora de la piel.

• La piel contiene abundantes nervios cutáneos sensitivos para la percepción del dolor, tacto, calor y frío.

• Los espacios subungueales son fuente de contaminación.

• Un baño con agua fría favorece el descanso y sueño del paciente.

• Una epidermis sana depende de un tiempo sano.

el camión sin atarlo o abotonarlo por defectos.

(24) Colocar el paciente en decúbito lateral continuo al que se está trabajando, extender una toalla sobre la cama a nivel de la espalda y región glútea. Abacer la parte posterior del cuello, espalda y región glútea.

(25) Secar muy bien la piel y dar masajes con loción, alcohol o talco según el caso, partiendo del centro de la columna vertebral a hombros y de la región cocígea hacia las glúteas.

(26) Sujetar el camión por la espalda o colocar el saco de la pijama y regresar al paciente a decúbito dorsal.

(27) Colocar la toalla por debajo de las extremidades inferiores para asearlas iniciando por la extremidad distal, pidiendo al paciente que flexione la rodilla para lavar, enjuagar, secar muslos y piernas.

(28) Colocar un lavamanos con agua por debajo de las extremidades inferiores e introducir los pies del paciente para su asear sosteniendo el pie del talón y enjuagar al chorro del agua; secarlos, cubrirlos con la toalla de forma simultánea al retiro del lavamanos o lebrillo.

(29) Secar los pies hacer ligera presión.

(30) Secar espacios interdigitales y cortar uñas si es necesario.

- Una piel envejecida es sintoma de úlceras por presión.
- Los movimientos aumentan la circulación sanguínea

- Las fricciones producen un efecto relajante.
- La fricción favorece y el masaje favorece la circulación sanguínea.

- Proteger al paciente de fuentes externas de enfermedad a través del uso de barreras de protección.

- Las reglas de limpio a sucio, son principios fundamentales para prevenir la contaminación.

- El masaje activa la tensión muscular, disminuye el dolor y el malestar general.
- Una piel sin epidermis es muy permeable.

- Las glándulas sudoríparas se encuentran distribuidas en todo el cuerpo y la humedad favorece un medio para el desarrollo de bacterias, hongos, entre otros.

- Las uñas son placas córneas de queratina que se desarrollan desde las células de la epidermis.

- (31) Dar masaje a los pies siguiendo el sentido de la circulación venosa.
- (32) Realizar aseo de genitales; a pacientes varones proporcionar un apósito para que se asee sus genitales si está en condiciones de hacerlo, o en caso contrario realizar el aseo utilizando guantes. Lavar las manos del paciente si éste realizó su aseo.
- (33) Si es paciente del sexo femenino, darle posición ginecológica, colocar el cómodo, cuidando de proteger los muslos con sábana "móvil", indicarle que realice el aseo y lavar las manos al concluir.
- (34) Colocar apósitos o gases en pliegues inguinales si es necesario.
- (35) Colocarse guantes y hacer la limpieza de vulva con pinza, funder, jabón líquido y agua a temperatura corporal, con movimientos de arriba hacia abajo y del centro a la periferia. Continuar con labios menores y vestibulo perineal, y por último región anal; con movimientos circulares, enjuagar tantas veces sea necesario.
- (36) Secar genitales en igual orden en que se asearon. Refinar la sábana móvil.
- (37) Colocar apósito, pantaleta o pantalón de pijama, según el caso y dejar cómodo al paciente.
- (38) Hacerle al arreglo de la cama
- El masaje activa la tensión muscular, disminuye el dolor y el malestar general.
- Algunas sustancias lesionan las mucosas.
- Las mucosas sanas e intactas son impermeables a varios microorganismos.
- La humedad es un medio propicio para la proliferación de microorganismos patógenos.
- El pH de las secreciones vaginales es ligeramente ácido.
- La humedad favorece el desarrollo de bacterias.
- La sensación de frescura y limpieza contribuye a percibir de manera positiva un ambiente agradable.
- Una cama con los sábanas bien estuadas,

con el paciente.

39) Permitir y terminar su arreglo personal en caso de que el paciente no pueda hacerlo.

40) Retirar el equipo y dejarlo en condiciones de limpieza para usarse de nuevo.

41) Informar sobre observaciones hechas, reacciones del paciente y cuidados de enfermería proporcionados.

produce bienestar al paciente y previene de lesiones en la piel.

• Un cabello limpio produce bienestar.

• Un equipo en óptimas condiciones favorece un uso correcto.

• La evaluación integral del paciente es de especial importancia cuando tiene una piel delicada o sensible.

Cuidados de enfermería

- En los enroscados, el uso corporal alivia el dolor, la rigidez articular, y reduce molestias como el prurito o comezón, ocasionado por la piel seca.
- Antes de iniciar el baño, hay que decirle a la persona lo que vamos a hacer, ya que le estamos violentando su intimidad física y psíquica.
- Al retirar el camisón o pijama, cubrir al paciente con una toalla grande.
- Limpiar su cuerpo por partes con una esponja sumergida en agua tibia jabonosa. El jabón debe de ser pH neutro, de lo contrario favorecerá a la resequedad de la piel.
- Para que el paciente no se enfríe, cubrir el área limpia con la toalla.
- Comenzar el lavado colocando al paciente boca arriba, y terminar girándolo boca abajo. Si no puede permanecer en esta posición se recomienda colocarlo de lado.
- Comenzar el lavado con la cara y seguir en este orden, cuello, extremidades superiores, abdomen, extremidades inferiores y por último los genitales, ano y glúteos.

Referencias

Reyes. G. E. Fundamentos De Enfermería. Segunda Edición. Intubación nasogástrica Pp. 286 – 288

Reyes. G. E. Fundamentos De Enfermería. Segunda Edición. Enema evacuante. Pp. 296 – 298

Reyes. G. E. Fundamentos De Enfermería. Segunda Edición. Baño al paciente encamado Pp. 273 – 278