



Nombre de alumnos: Brenda Jaquelin Velázquez Salas

Nombre del profesor: María del Carmen López Silba

Nombre del trabajo: Técnicas.

Materia: Fundamentos de Enfermería III

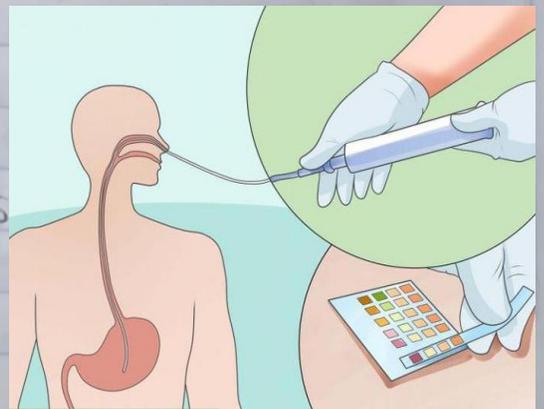
Grado: 3er cuatrimestre

Grupo: B

Comitán de Domínguez Chiapas a 30 de julio de 2020.

TÉCNICA SOBRE LAVADO GÁSTRICO

- ▶ **Concepto:** Es el procedimiento donde se introduce una sonda nasogástrica por nariz o boca a la cavidad gástrica.
- ▶ **Objetivos:**
 - Suministrar 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:**
 - Sonda nasogástrica (Levin) calibre 12 a 18 F, desechable.
 - Vasija con agua fría o trozos pequeños de hielo.
 - Vaso con solución fisiológica o lubricante hidrosoluble.
 - Pinzas hemostáticas.
 - Bandeja en forma de riñón para secreciones o vómito.
 - Cinta hipoalérgica de 2.5 a 3 cm
 - Hisopos, gasas.
 - Toallas o compresas.
 - Cofre de hule o plástico.
 - Pañuelos desechables, guantes
 - Estetoscopio.
 - Abatelenguas.



Técnica de intubación nasogástrica

Intervención

Fundamentación

1. Lavarse las manos.

- El agua y el jabón sirven de arrastre mecánico a los microorganismos patógenos.

2. Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad clínica, dejando la sonda en un recipiente con hielo.

- La acción del frío sobre el material de hule es endurecerlo en una situación que facilita el paso de la sonda, reducir la fricción y disminuir la irritación en la mucosa.

- Las sondas están hechas de silicona, hule o poliuretano, son de diámetros pequeños y muy flexibles, reduce la irritación bucofaringea y del esófago distal, necrosis por presión sobre la pared traqueoesofágica y el malestar durante la deglución.

- La comprobación de la permeabilidad de la sonda evita las complicaciones en el paciente así como pérdida de tiempo, esfuerzo y material.

3. Explicarle el procedimiento al paciente y colocarlo en posición sedente o de Fowler o semifowler.

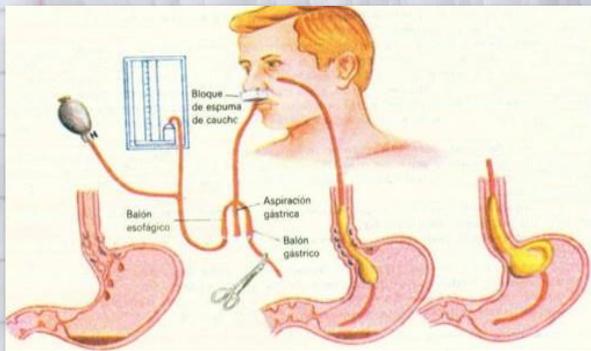
- La rectitud anatómica del tracto digestivo facilita la deglución y, por ende, el paso de la sonda.

Intervención	Fundamentación
<p>4. Asear narinas o boca con hisopos o gasas con abateleñas, dependiendo del tipo de intubación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La nariz o boca son cavidades que comunican con el tubo digestivo • Una cavidad libre de moco, líquidas o exudadas, se encuentra permeable.
<p>5. Proteger la parte anterior del tórax con hule y toalla, y colocar debajo del mentón la bandeja-riñón.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Las medidas de protección previenen de lesiones en algunos órganos del cuerpo.
<p>6. Intubar de la forma siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Calzarse los guantes • Extraer la sonda del hielo para medir la parte que se va introducir. • Humedecer la sonda con solución fisiológica. • Introducir con lentitud la sonda a nasofaringe posterior, por la nariz y pedirle que degluta sorbos de agua para facilitar su avance. • Indicarle que flexione el cuello sobre el tórax y respirar con profundidad una vez pasados de 7 a 8 cm de longitud de la sonda. • En caso de que no pueda intubarse, retirar la sonda y probar 	<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 hasta el estómago (56 a 66 cm) de un adulto de estatura promedio. • Algunas sondas poseen marcas en las distancias apropiadas para introducir las a estómago, duodeno o yeyuno. • Las sondas están provistas de marcas radiopacas y de un revestimiento activado por agua que proporciona una superficie lubricada.

Intervención

6. En caso de que no pueda intubarse, retirar la sonda y probar en narina contraria.

- Comprobar que la sonda se encuentre en el estómago.



Fundamentación

- La lubricación reduce la fricción entre mucosas y sonda.
- La integridad de las mucosas evita la introducción de agentes patógenos.
- La introducción de materiales oleosos en la tráquea pueden desarrollar neumonía lipóide.
- El conocimiento anatomofisiológico del tubo digestivo favorece la maniobra para pasar la sonda.
- Un estímulo en la faringe y úvula produce el reflejo nauseoso.
- Las maniobras bruscas o aplicación e fuerza en la instalación de la sonda producen contracción muscular y dificultad en su paso.
- La presencia de tos, jadeo o cianosis determina el retiro inmediato de la sonda.
- El conducto nasolagrimal va del saco lagrimal a la nariz.
- La irritación de la mucosa nasal o estados emocionales causan la obstrucción de los conductos nasolagrimales, produciendo la salida de las lágrimas.
- Un tiempo de descanso favorece la adaptación del paciente a la sonda y supera la sensación de náuseas.

Intervención	Fundamentación
	<ul style="list-style-type: none"> • Por acción de la gravedad, la sonda es atraída al estómago. • La respiración profunda previene la aspiración de la sonda a la tráquea. • La deglución ayuda a impulsar la sonda hacia la cavidad gástrica. • Un sondeo nasogástrico o manipulación nasogástrica pueden originar erosión nasal, esofagitis e infección pulmonar. • La aspiración de contenido gástrico indica la ubicación de la sonda en el estómago. • Los paroxismos de tos indican la ubicación de la sonda en la tráquea.
7. Fijar la sonda con cinta hipodérmica.	<ul style="list-style-type: none"> • La fijación adecuada de la sonda impide su retiro en el estómago.
8. Realizar el procedimiento de acuerdo con el objetivo deseado.	<ul style="list-style-type: none"> • 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.	<ul style="list-style-type: none"> • El aseo bucal frecuente y la aplicación de una mezcla de limón y glicerina mantienen limpias las mucosas y, permeables las glándulas salivales, favoreciendo salivación. • Una irrigación frecuente a la sonda pequeñas cantidades de solución salina. • Sensación de plenitud, meteorismo, náusea, vómito o diarrea son aspectos a vigilarse.

Intervención	Fundamentación
10. Logrados los objetivos, se retira la sonda con una pinza o toalla, previa explicación al paciente y retiro de las cintas de fijación.	<ul style="list-style-type: none">• La respiración profunda y espiración lenta ayudan a prevenir la aspiración de líquidos o inhalación de la sonda.• Un movimiento rápido, continuo y seguro durante la inspiración facilita la extracción de la sonda.• La intubación prolongada, puede producir erosiones de la piel a nivel del orificio nasal, sinusitis, esofagitis, fistula esofagotraqueal, úlcera gástrica e infección pulmonar o bucal.
11. Desechar la sonda o lavarla con agua corriente para su esterilización, dependiendo del tipo de material usado.	<ul style="list-style-type: none">• El uso de material desechable previene de infecciones hospitalarias.

▷ INDICACIONES

- Eliminación de sustancias tóxicas ingeridas en el plazo de una hora. Posterior a este tiempo se debería valorar la relación beneficio-riesgo, ya que no se asegura la eficacia del procedimiento.
- Sobredosis de tóxicos de eliminación retardada y con riesgo potencial para la vida: anticolinérgicos, opiáceos, salicilatos...
Instilación de sustancias quelantes o catárticos
- Obtención de muestras de ácidos estomacales para pruebas diagnósticas.
- Es una de las medidas terapéuticas en el caso de la hipertermia maligna, en este caso se realizará con suero frío.

▷ POSIBLES COMPLICACIONES

- Lesiones y/o hemorragia en las zonas de paso de la sonda gástrica: nasal, faríngea y laríngea.
- Complicaciones respiratorias provocadas por la utilización de lubricantes liposolubles (vaselina) que no se disuelven si la sonda entra accidentalmente en bronquios.
- Hemorragia conjuntival, en el caso de pacientes no colaboradores, por el esfuerzo, tos o vómitos.
- Traumatismo o perforación esofágica y gástrica.
- Obstrucción o intubación laringotraqueal. La tos, disfonía o pérdida del llanto nos indicarán que la sonda ha entrado en tráquea y debe ser retirada inmediatamente
- Laringoespasmo en pacientes semiinconscientes.

► CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- * Durante todo momento, deben controlarse las constantes vitales de la persona.
- * En personas inconscientes o semiinconscientes, esta técnica implica un gran riesgo de bronco aspiración, por este motivo, y siguiendo el criterio médico, se precisará una intubación orotraqueal previa al lavado.
- * Después de realizar la técnica del lavado gástrico es necesario estar al tanto de cualquier posible complicación que el paciente presente.

TÉCNICA SOBRE ASPIRACIÓN GÁSTRICA

▷ Concepto

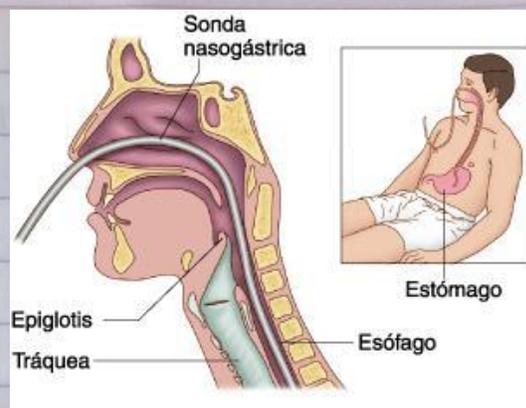
• Es un procedimiento habitual en los cuidados de enfermería y utilizado durante décadas con el fin principal de evacuar sustancias tóxicas del estómago.

▷ Objetivo

• Extraer químicos tóxicos o alguna sustancia que se halla introducido en el interior del estómago del paciente y pueda afectar a su salud y en casos extremos llevarlo a la muerte.

▷ Material y equipo

- Sonda nasogástrica (Levin) calibre 12 a 18 F
- Vasija con agua fría o trozos pequeños de hielo.
- Vaso con solución fisiológica o lubricante hidrosoluble.
- Pinzas homeostáticas
- Hisopos, gasas
- Bandeja en forma de riñón
- Cinta hipoalergénica de 2.5 a 3 cm.
- Toallas o compresas
- Cojín de hule o plástico
- Pañuelos desechables
- guantes
- Estetoscopio
- Solución salina normal (0.9%) o a la mitad (0.45%) a temperatura de 37°C.



TÉCNICA DEL LAVADO GÁSTRICO

Intervenciones	
1. Coloque la sonda nasogástrica según el procedimiento a realizar.	• Se realizara vaciamiento gástrico mediante lavado en pacientes que hayan ingerido algo tóxico.
2. Introducción de la cantidad apropiada de líquido a temperatura templada 37°C.	• Se utiliza esa temperatura para evitar hipotermia.
4. Masaje suave en la zona del epigastro para facilitar la remoción de las sustancias a eliminar.	• Permite la remoción de sustancias tóxicas.
4. Aspiración suave del líquido instilado mediante jeringa.	• La eficacia del lavado se puede completar con la adición de soluciones especiales si estuviera indicado.
5. Realizar los ciclos precisos hasta que el drenaje sea claro.	Se necesita realizar ciclos adecuados, con la cantidad necesaria, cantidades superiores producen alteraciones hidroelectrolíticas y distensión gástrica.
6. Registro en la historia clínica de la técnica utilizada.	

INDICACIONES

- El lavado gástrico es contraindicado en pacientes con:
 - Vías respiratorias no protegidas
 - Pacientes con disminución de nivel de concentración
 - Ingestión de causticos.
 - Estenosis esofágicas
 - Ingestión de hidrocarburos.
 - Sustancia tóxica en cantidad pequeña.
 - Alcoholes.
 - Con ingestas de objetos punzantes.

POSIBLES COMPLICACIONES

- Bradiarritmias provocadas por estímulo vagal debido al reflejo nauseoso y al estímulo mecánico producido por el lavado.
- Taquicardia, taquipnea.
- Hipotermia como consecuencia del lavado gástrico con líquidos fríos.
- Aspiración del contenido gástrico o líquido del lavado a los pulmones por disminución del nivel de conciencia y disminución del reflejo nauseoso.
- Distensión gástrica por exceso de líquido dentro del estómago lo que facilitaría el vómito y aumentaría el riesgo de aspiración.
- Sangrado gástrico por una succión agresiva.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- ▶ Durante todo momento, deben controlarse las constantes vitales de la persona
- ▶ Mantener en decúbito lateral izquierdo y en semifowler después de realizar la técnica.
- ▶ Vigilar los signos vitales y nivel de conciencia.
- ▶ Después de realizar la técnica del lavado gástrico, es necesario estar al tanto de cualquier posible complicación que el paciente presente.

ENEMAS EVACUANTES

► Concepto

Es la instilación 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

- ✗ Charola con equipo comercial enema desechable o irrigador con un tubo de conexión reutilizable.
- ✗ Adaptador
- ✗ sonda neolatón calibre 12 a 18 Fr para niños o 22 a 30 Fr para adultos
- ✗ Lubricante
- ✗ Pinza hemostática
- ✗ gasas
- ✗ Bandeja-riñón
- ✗ Papel higiénico
- ✗ Guantes limpios
- ✗ Cinta adherible para fijación de sonda rectal
- ✗ cómodo
- ✗ Protector de hule
- ✗ Solución prescrita a temperatura de 37 a 40°C y trípode.

Técnica de Instalación de enema evacuante

Intervención	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 purgarla. Pinzar para cerrar el tubo.	• La presión de los gases contra las paredes intestinales provoca dolor y molestias. • El aire introducido en el recto causa una distensión innecesaria.
4. Doblar colcha y cobertor hacia la precera, retirar la almohada y colocar al paciente en posición de Sims izquierdo, poniendo un protector de hole por debajo de la región glútea.	• Un mínimo de ropa sobre el paciente facilita las maniobras durante el procedimiento. • La disposición anatómica del recto favorece el paso de la solución, por gravedad. • El paso de solución al intestino en contra de la gravedad, origina irritación en las paredes rectales. • 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 e introducir de 7.5 a 10 cm con longitud en el recto en dirección del ombligo.	• La inserción lenta evita el espasmo del estíter. • La eficiencia del procedimiento depende de la tranquilidad y reposo del paciente. • La irritación al tejido muscular puede provocar contracción, lesiones y malestar físico.

Intervención	Fundamentación
<p>5. Abrir la pinza para permitir que el líquido fluya por declive o comprimir el envase del equipo comercial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El recto es una cavidad séptica de 18 a 20 cm de largo, en el que se realizan procesos que liberan gases. • La última etapa de transformación del residuo de la digestión se efectúa en el colon. • Ciertos fármacos y el reposo prolongado inhiben de manera temporal la peristalsis.
<p>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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A mayor altura, mayor presión en la solución • Las terminaciones nerviosas del recto son sensibles al cambio de temperatura. • Las variaciones de temperatura en el recto estimulan el peristaltismo.
<p>7. Controlar la salida de la solución contenida en el equipo comercial o en el irrigador.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La presencia de dolor o malestar está determinada por el espasmo muscular del colon. • La cantidad de solución que se introduce por enema depende del tipo de éste, edad y estado del paciente. • El enema de limpieza requiere por lo general de 500 a 1000 ml de volumen, a 37 o 40 °C, en tanto que el de retención requiere de 90 a 120 ml a la misma temperatura. • La tolerancia intestinal a la introducción a la introducción está determinado por la presión.

Intervención	Fundamentación
<p>8. Vigilar las reacciones del paciente durante la introducción de la sonda.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Las afecciones del conducto gastrointestinal, inactividad física, parálisis, se-rectud, gestación, depresión general o incapacidad para comunicarse son situaciones específicas que requieren vigilancia estricta durante la eliminación intestinal. • Los movimientos bruscos favorecen la expulsión de la sonda. • La persistencia de molestias o tensión abdominal indican el logro de los objetivos trazados en el procedimiento.
<p>9. Extraer la sonda, desconectarla del tubo y cubrirla con papel higiénico, colocándola en bandeja-rinón e indicar al paciente sobre la retención del líquido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El control de los esfínteres anales es voluntario en condiciones normales. • El enema de limpieza requiere una atención del líquido durante 30s en tanto que la de retención, cerca de 5 a 70 min. • Los enemas de retención reblandecen las heces y estimulan el reflejo de la defecación. • La comprensión del comportamiento humano influye de manera positiva en la atención del paciente.
<p>10. Indicar al paciente que vaya al sanitario o colocarlo sobre un cómodo (previa protección de la cama con un hule) y ofrecerle papel higiénico. Dejar a su alcance el timbre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La posición gudente facilita la expulsión del contenido intestinal. • La ropa húmeda es un factor que predispone a la formación de úlceras por presión.

Intervención	Fundamentación
11. Retirar el cómodo, cubrirlo con protector y llevarlo al cuarto séptico para observar las características del material expulsado y para asearlo.	• La ventilación en la unidad clínica es factor físico integrante del ambiente terapéutico.
12. Lavar las manos del paciente y dejarlo cómodo.	• El agua y el jabón eliminan los microorganismos saprófitos de la piel.
13. Elaborar el informe respectivo.	• Las observaciones concernientes a cantidad y tipo de eliminación intestinal, están en relación con hábitos, tipo y cantidad de dieta y al tipo de padecimiento.

INDICACIONES

- ▶ Comprobar que no existan contraindicaciones para administrar el enema.
- ▶ Administrar con precaución en pacientes cardiopatas.
- ▶ No forzar la introducción de la sonda, si esto sucede, puede provocar perforación intestinal.
- ▶ Suspender la administración en caso de que el paciente refiera dolor abdominal o hemorragia.

POSIBLES COMPLICACIONES

- ▶ Trauma o irritación a la mucosa
- ▶ Alteraciones electrolíticas
- ▶ Hipervolemia/intoxicación por agua.
- ▶ Mareos y debilidad.
- ▶ Distritmias cardiacas.
- ▶ Retención de la enema.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- ▶ Si el paciente se queja de sensación de plenitud o calambres, cerrar la llave de paso durante unos 30 segundos, o bien, descender el recipiente para disminuir la velocidad de flujo.
- ▶ Ante cualquier indicativo de reacción vagal (sudoración, malestar, palidez facial, palpitaciones, etc.) detener la infusión.
- ▶ Si en algún momento la entrada de líquido se hace más lenta, realizar una ligera rotación de la sonda para desprender cualquier material fecal que pueda estar obstruyendo alguno de sus orificios.

TÉCNICA DE BAÑO DE ESPONJA EN EL PACIENTE ENCAMADO

► Concepto

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.

- Dos recipientes, uno con agua fría y otro con agua caliente.
- Lavamanos y lebrillo.
- Recipiente para agua sucia.
- Jabonera con jabón
- 1 o 2 toallas grandes
- Dos toallas faciales o paños
- Apósitos
- Torundas 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.



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 puerta, ventanas, cortinas o colocar un biombo si es necesario.	• La comunicación favorece las relaciones interpersonales. • Una habitación libre de corrientes de aire y con temperatura de 20 a 23°C.
4. Retira los utensilios de la mesa y limpia con paño húmedo.	• 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.	• La colocación ordenada del equipo, previa a la realización del procedimiento.
6. Aflojar la ropa de la cama, iniciando por la cabecera del lado contrario y retirar la ropa que la cubre.	• Al moverse y sacudir la ropa sucia, se esparcen microorganismos patógenos por el aire.
7. Colocar una toalla sobre el tórax del paciente y realizar el cepillado bucal.	• El mal aliento, disminuye al retirar los depósitos de placa dentobacteriana blanda y sarro.
8. Retirar la ropa del paciente. Primero quitar la manga del brazo que esta libre.	• Una maniobra cuidadosa y posición correcta del frasco, evita lesiones.
9. Colocar en posición de decúbito dorsal, retirar la almohada, y acercar la cabeza sobre el borde proximal de la cama.	• Trabajar lo más cerca del objeto o paciente reduce el esfuerzo de los músculos y, como consecuencia, la fatiga.

Intervención	Fundamentación
10. Colocar una toalla sobre el tórax del paciente e introducir el cojín de Kelly por debajo de los hombros.	<ul style="list-style-type: none"> • 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.	<ul style="list-style-type: none"> • Una posición correcta disminuye esfuerzo y previene lesiones.
12. Proteger los conductos auditivos externos con torundas.	<ul style="list-style-type: none"> • El oído externo está constituido por el pabellón auricular.
13. Verter agua templada con la jarra sobre cabello y cabeza del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • La exposición prolonga al frío produce vasoconstricción periférica importante. • La temperatura corporal depende del flujo sanguíneo existente.
14. Aplicar jabón o champú, friccionar con las yemas de los dedos la superficie del cuero cabelludo.	<ul style="list-style-type: none"> • A mayor número de microorganismos, mayor cantidad y concentración del agente destructor. • El jabón saponifica las grasas. • La estimulación mecánica favorece la circulación sanguínea.
15. Enjuagar de forma constante, dejando que el agua escurra a la cubeta.	<ul style="list-style-type: none"> • El agua corriente favorece el arrastre mecánico de los microorganismos.
16. Retirar las torundas de los conductos auditivos. Envolver el cabello con una toalla.	<ul style="list-style-type: none"> • El secado perfecto de la piel ayuda a prevenir irritaciones y lesiones.
17. Afeitar la cara del paciente si es varón.	<ul style="list-style-type: none"> • La piel sana e intacta previene la pérdida de agua, regula la temperatura.
18. Colocar una toalla facial sobre tórax y aseo oídos con torundas húmedas, narinas y oídos con hisopos.	<ul style="list-style-type: none"> • La acumulación de secreciones propias de cavidades, ocasionan alteraciones.

Intervención	Fundamentación
19. Con un paño húmedo lavar y enjuagar la cara iniciando por la frente, mentón, cuello y pabellon auricular.	• Las locaciones o cremas mantienen la piel suave, libre de escoriaciones y grietas.
20. Colocar la toalla afelpada debajo del brazo distal y lavar, enjuagar y secar.	• La piel contiene abundantes nervros cutáneos sensitivos para la percepción de dolor, tacto, calor y frío.
21. Limpiar los espacios subungueales y si es necesario cortar las uñas.	• Estos espacios son fuente de contaminación.
22. Lavar, enjuagar y secar la parte anterior del tórax y abdomen.	• Una piel sana e intacta es resistente a varios agentes químicos nocivos.
23. Lavar el brazo proximal y terminar de colocar el camisón.	• Un epidermis sana depende de un cuerpo sano.
24. Colocar al paciente en decúbito lateral contrario al que se está trabajando. Asear la parte posterior del cuello, espalda y región glútea.	• Una piel entorpecida es síntoma de úlceras por presión.
25. Secar muy bien la piel y dar masaje con loción, alcohol o talco.	• La fricción y el masaje favorece la circulación sanguínea.
26. Sujetar el camisón por la espalda o colocar el saco de la pijama.	• Proteger al paciente de fuentes externas.
27. Colocar la toalla por debajo de las extremidades inferiores para asearlos.	• Las reglas de limpio a sucio, son principios fundamentales.
28. Colocar un lavamanos con agua por debajo de las extremidades inferiores e introducir los pies del paciente para su aseo.	<ul style="list-style-type: none"> • El masaje activa la tensión muscular, disminuye el dolor y el malestar general. • El movimiento favorece un mejor retorno venoso.

Intervención	Fundamentación.
29. Secar los pies haciendo ligera presión.	<ul style="list-style-type: none"> • Las glándulas sudoríparas se encuentran distribuidas en todo el cuerpo, y la humedad favorece bacterias.
30. Secar espacios interdigitales y cortar uñas si es necesario.	<ul style="list-style-type: none"> • Las placas son uñas córneas de queratina.
31. Dar masaje a los pies.	<ul style="list-style-type: none"> • Activa la tensión muscular, disminuye el dolor y el malestar general.
32. Realizar aseo de genitales: a pacientes varones, proporcionar un apósito para que se asee sus genitales.	<ul style="list-style-type: none"> • Algunas sustancias lesionan las mucosas.
33. Si es paciente del sexo femenino, darle posición ginecológica y colocarle el cómodo.	<ul style="list-style-type: none"> • Las mucosas sanas e intactas son impermeables a varios microorganismos.
34. Colocar apósitos o gasas en pliegues inguinales si es necesario.	<ul style="list-style-type: none"> • La humedad es un medio propicio para la proliferación de microorganismos patógenos.
35. Colocarse guantes y hacer la limpieza de vulva con pinza, torundas, jabón líquido y agua a temperatura corporal, con movimientos de arriba hacia abajo y del centro a la periferia, continuando con los labios menores y vestibulo perineal.	<ul style="list-style-type: none"> • El pH de las secreciones vaginales es ligeramente ácido.
36. Secar genitales en igual orden en que se asearon.	<ul style="list-style-type: none"> • La humedad favorece el desarrollo de bacterias.
37. Colocar apósito, pantaletas o pantalón de pijama, según el caso y dejar cómodo al paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • La sensación de frescura y limpieza contribuye a percibir de manera positiva un ambiente agradable.

Intervención	Fundamentación
38. Proceder al arreglo de la cama con el paciente.	• Una cama con las sábanas bien estiradas produce bienestar al paciente y previene de lesiones en piel.
39. Peinar y terminar su arreglo personal en caso de que el paciente no pueda hacerlo.	• Un cabello limpio produce bienestar.
40. Retirar el equipo y dejarlo en condiciones de limpieza para usarse de nuevo.	• Un equipo en óptimas condiciones favorece un uso correcto.
41. Informar sobre observaciones hechas, reacciones del paciente y cuidados de enfermería proporcionados.	• La evacuación integral del paciente es de especial importancia cuando tiene una piel delicada o sensible.

▷ INDICACIONES

- ★ Evitar durante el procedimiento la luz directa sobre los ojos del paciente.
- ★ Si existe muchas secreciones se aconseja retirarlas antes de realizar la higiene bucal al paciente.
- ★ El lavado del cabello se realizara antes del lavado del cuerpo.

▷ POSIBLES COMPLICACIONES

- ★ Puede ocasionar úlceras por presión.
- ★ Irritar la piel por la utilización de jabón

▷ CUIDADOS DE ENFERMERIA

- ★ Estar al tanto de las posibles complicaciones que el paciente presente como irritaciones en la piel.

TÉCNICA SOBRE LAVADO VAGINAL

▲ Concepto

Conjunto de actividades encaminados a mantener la higiene del perineo y genital.

▲ Objetivo

- Proporcionar conocimientos para mantener limpia la región perianal, evitar infecciones y favorecer el confort del paciente.

▲ Material y Equipo

- Guantes no estériles
- Toalla
- Palanganas
- Cuña
- Paño de celulosa
- Protector de cama
- Bolsa de residuos
- Jabón neutro
- Saibana.



Intervención

1. Preparar todo el material necesario
2. Realizar la higiene de manos.
3. Colocarse guantes no estériles
4. Preparar las palanganas con agua.
5. Retirar la zona innecesaria que cubre la cama y descubrir la zona genital.
6. Colocar un protector de cama debajo de la zona perineal.
7. Retirar todo lo que se encuentre en la cama.
8. Colocar la cuña a la paciente.
9. Lavar el pubis y los labios mayores
10. Separar los labios mayores con una mano y lavar con la otra los labios menores, vestibulo perineal y región anal limpiando de arriba hacia abajo y de dentro hacia afuera, en un solo movimiento, desechando el paño cada vez.

Intervención

11. Aclarar con agua a chorro y secar cuidadosamente de la misma forma, prestando especial atención a los pliegues.
12. Retirar todo el material utilizado.
13. Cubrir al paciente con ropa interior.
14. Colocar al paciente en posición cómoda y adecuada.
15. Recoger, ordenar y limpiar todos los útiles empleados.

▷ INDICACIONES

- Realizar la higiene perineal durante el aseo del paciente y siempre que lo precise.
- Observar la zona en busca de inflamación, escoriación, hinchazón, flujo excesivo y olor.
- Usar un solo paño de celulosa en cada movimiento al realizar la higiene.

▷ CUIDADOS POSTERIORES

- Vigilar las posibles reacciones a los productos y material utilizado.
- Verificar la correcta colocación de sondas vesicales y colectores.
- Comprobar que la zona permanece limpia y seca.

BIBLIOGRAFIA:

Reyes G.E. (2015). 2ed. Fundamentos de Enfermería. Sonora, México. Manual moderno.