

## HOJA DE PRESENTACIÓN

- Nombre De La Alumna: Sofi Adai Alvarez Montejo.
- Escuela: UDS (Universidad Del Sureste).
- LEN- Licenciatura En Enfermería.
- Unidad 4: Valoración De La Salud.
- Temas De La Unidad 4: Valoración De La Salud En El Adulto, Tipos De Baños En El Paciente, Succión Gástrica, Lavado Vaginal, Enemas.
- Actividad 2: Investigación De Cada Tema.
- Profesora: Juana Ines Herndadez Lopez.
- Materia: Fundamentos De Enfermería 3.
- Modulo: 1.
- 3er. Cuatrimestre.
- Grupo: LEN10SSC0520-A.
- Fecha de entrega: 10/06/2021.

## (Unidad 4) VALORACIÓN DE LA SALUD

### Actividad 2: Valoración de la salud.

**Instrucciones de la actividad:** Realizar una investigación de cada tema, puedes acompañar tu trabajo con imágenes para reforzar las técnicas.

## 1- LA VALORACIÓN DEL ADULTO MAYOR EN ENFERMERÍA

La Valoración del Adulto Mayor en Enfermería es una herramienta muy útil en la práctica médica que nos permite conocer las condiciones actuales en las que vive el adulto mayor. Con esta herramienta logramos identificar cualquier necesidad o factor de riesgo que deba ser atendido para mejorar las condiciones, calidad de vida y así mismo mantener la autonomía de las personas de la tercera edad.

La Valoración del Adulto Mayor en Enfermería evalúa cinco aspectos importantes para garantizar su bienestar: Médico-Biológica; Mental y Psico-Afectiva; Funcional y Socio-familiar. Éstos a su vez cuentan con evaluaciones específicas para dar un panorama global de cada ámbito.

Recomendaciones para la realización de la valoración del adulto mayor en enfermería:

- Debe realizarse con respeto, siempre dirigirse al adulto mayor por su nombre.
- No debe dar por hecho que tiene disminución auditiva, no hablarle demasiado alto.
- Utilizar un lenguaje adecuado y evitar hablar demasiado rápido.
- Evitar la infantilización del adulto mayor, el hecho de tener una discapacidad o disminución de alguna función no lo equipara como un niño.

### ¿Qué es la Valoración Médico-Biológica del Adulto Mayor?

Esta valoración nos permite conocer las condiciones actuales de la salud física del adulto mayor. Engloba aspectos importantes para la calidad de vida de las personas de la tercera edad como es el consumo de medicamentos, problemas de audición y visión, incontinencia urinaria y la condición nutricional del adulto mayor.

### ¿Qué es la Valoración Mental y Psico-afectiva del Adulto Mayor?



Esta es una Valoración del estado mental y cognitivo del adulto mayor. Cuando hablamos del estado mental nos referimos a las condiciones de depresión y ansiedad que pueden tener consecuencias tales como pérdida del apetito, baja autoestima, trastornos del sueño, entre otros. Por otra parte cuando hablamos de una valoración cognitiva nos referimos a una evaluación de las funciones mentales superiores tales como hacer cálculos, lenguaje, razonamiento y memoria.

Las funciones mentales se ven deterioradas por condiciones propias del envejecimiento, un deterioro cognoscitivo leve puede evolucionar a una demencia. De ahí la importancia de un diagnóstico temprano para un tratamiento temprano. En esta etapa de la Valoración del Adulto Mayor son necesarios cuatro evaluaciones para conocer su condición Mental y Psico-afectiva actual: Deterioro cognitivo, trastornos del sueño, depresión y delirium.

### **¿Qué es la Valoración Funcional del Adulto Mayor?**

El objetivo principal de la Valoración Funcional del Adulto mayor es evaluar su capacidad para realizar actividades cotidianas de la vida diaria de forma autónoma. También funciona como indicador de expectativa de vida: a mayor dependencia, menor calidad de vida tendrá el adulto mayor. Dentro de la Valoración Funcional del Adulto Mayor se hacen cuatro evaluaciones: Actividades Básicas, Instrumentales, Riesgos de Caídas y Riesgos de Úlceras por presión.

### **¿Qué es la Valoración Socio-Familiar del Adulto Mayor?**

La Valoración Socio-Familiar del adulto mayor nos permite conocer los recursos con los que cuenta, las redes de apoyo así como los factores de riesgo que necesitan atención. En esta valoración se hace uso de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, que mide el grado de sobrecarga del cuidador, es decir, el tiempo que se le dedica al cuidado del adulto mayor.

La valoración va dirigida al cuidador, en donde debe responder a 22 preguntas con una escala de 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (muchas veces) y 4 (casi siempre). La puntuación final será el grado de sobrecarga del cuidador, las personas de la tercera edad que dependen más de sus cuidadores tienen menor expectativa de vida. También dentro de la Valoración Socio-Familiar del adulto mayor se deben identificar otros factores como: maltrato, abandono, abuso y aislamiento que conllevan a un deterioro y menor calidad de vida del adulto mayor.

<https://www.medwave.cl>

## 2- TIPOS DE BAÑOS DEL PACIENTE

- Baño en regadera o ducha
- Baño de tina o bañera
- Baño de esponja
- Baño en cama

**BAÑO EN DUCHA:** Es el baño que se realiza en la ducha cuando la condición del paciente lo permite.

### **Material:**

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

### Tipos de Baño (Limpieza)



Baño en ducha



Baño en bañera



Baño parcial/abreviado



Baño en cama asistido



Baño en cama completo

### **Técnica:**

- 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.
- Ayúdelo 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 trasládelo 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:** Es la higiene que se proporciona al paciente, durante su estancia hospitalaria.

**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:** 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.

**Equipo:**

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 pié, 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:** Es la limpieza del cuerpo con agua y jabón cuando el paciente está incapacitado para hacerlo por sí mismo.

***Equipo:***

- 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:***

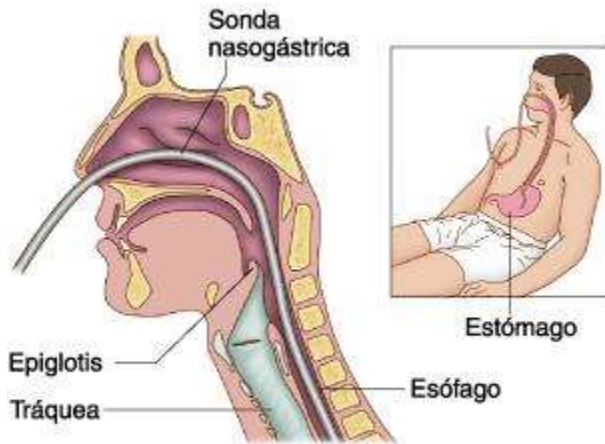
- Preparar todo lo necesario, poniéndolo a mano y ordenando
- Pedir la colaboración de la persona que estamos cuidando.
- Comprobar que la temperatura de la habitación sea adecuada y haya intimidad.
- Ofrecer a la persona cuidada la posibilidad de orinar antes del baño.
- Retirar las ropas de la cama 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.

<https://tareasbasicasdeenfermeria.blogspot.com>



### 3- SUCCIÓN GÁSTRICA



#### Definición

Es un procedimiento para vaciar los contenidos del estómago.

#### Nombres alternativos

Lavado gástrico; Bombeo del estómago; Succión con sonda nasogástrica; Obstrucción intestinal - succión

#### Forma en que se realiza el examen

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.

#### Preparación para el examen

En una emergencia, como cuando una persona ha tomado veneno o está vomitando sangre, no se requiere ninguna preparación para la succión gástrica.

Si la succión gástrica se está realizando para exámenes, su proveedor de atención médica tal vez le solicite no comer desde la noche anterior o dejar de tomar ciertos medicamentos.

#### Lo que se siente durante el examen

Se puede experimentar una sensación de náuseas a medida que se va introduciendo la sonda.

#### Razones por las que se realiza el examen

Este examen se puede realizar para:

Extraer del estómago venenos, materiales tóxicos o medicamentos en exceso

Limpiar el estómago antes de llevar a cabo una endoscopia de vías digestivas altas (esofagogastro-duodenoscopia - EGD) si usted ha estado vomitando sangre

Recoger ácidos estomacales

Aliviar la presión si usted tiene obstrucción en los intestinos

## Riesgos

Los riesgos pueden incluir:

Inhalar contenidos del estómago (esto se denomina aspiración)

Agujero (perforación) en el esófago

Colocación de la sonda dentro de la vía respiratoria (tráquea) en lugar del esófago

Sangrado leve

<https://medlineplus.gov>

## 4- LAVADO VAGINAL



La higiene de la zona íntima es, en ocasiones, la gran olvidada de la higiene diaria femenina. Te contamos las claves de una correcta rutina de limpieza.

La higiene íntima debe hacerse de manera adecuada para no originar problemas. Estos pueden darse por exceso (demasiada limpieza), por defecto (demasiado poca) o por desconocimiento y pudor (no sabemos cómo hacerlo y nos da vergüenza preguntar).

El objetivo de la limpieza, además de mantener la higiene, es prevenir la proliferación de gérmenes que pudieran llegar a dar lugar a molestias o a una patología (irritaciones, cistitis, vaginosis, etc.), pero sin eliminar la microbiota local (conjunto de microorganismos que viven de manera habitual en la zona y que no resultan perjudiciales si no beneficiosos) que nos ayuda a protegernos de las infecciones.

## **PAUTAS PARA MEJORAR TU HIGIENE ÍNTIMA**

- Utiliza limpiadores específicos
- Realiza la limpieza de adelante hacia atrás
- Lava solo la zona externa
- Olvídate de las duchas vaginales
- No utilizar esponja para lavar la zona íntima
- No utilices desodorantes íntimos
- Utiliza ropa interior de algodón
- Otros consejos a tener en cuenta

Siempre que te sea posible, es conveniente que realices un lavado de la zona íntima antes y después de las relaciones sexuales. Así disminuirás el riesgo de infecciones.

Ten cuidado con el exceso de depilaciones en la zona íntima. El vello púbico cumple una función, protege la zona íntima, evita el roce de la ropa, detiene el sudor,...

En el caso de que notes sequedad en la zona genital, usa un producto hidratante específico. La sequedad, además de provocar incomodidad y picor, puede alterar la función protectora de la piel. Por tanto, la sequedad puede favorecer la aparición de infecciones u otras molestias.

## **Ducha vaginal**

La ducha vaginal consiste en lavar o higienizar la vagina con agua u otras mezclas de líquidos. En los Estados Unidos, al menos una de cada cinco mujeres entre 15 y 44 años se realiza duchas vaginales. Los médicos recomiendan que no uses duchas vaginales. La ducha vaginal puede causar diversos trastornos de salud, incluyendo problemas para quedar embarazada. La ducha vaginal está directamente relacionada con infecciones vaginales e infecciones de transmisión sexual. (ITS).

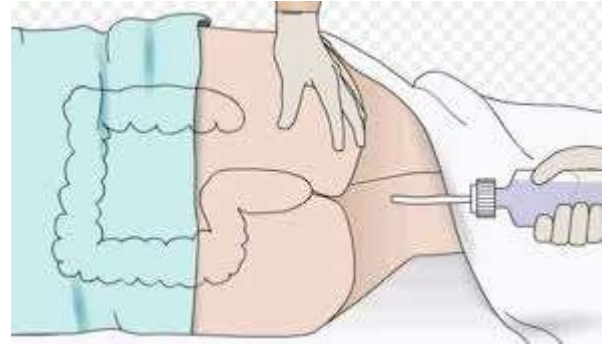
<https://espanol.womenshealth.gov>

<https://www.leti.com>

## 5- ENEMAS

### ¿Qué es un Fleet enema?

Un Fleet enema es una solución medicinal que se usa para ayudarle a tener una evacuación intestinal. Es posible que necesite de un enema para aliviar el estreñimiento o la constipación. Un enema además se puede usar para limpiar el intestino antes de someterse a un procedimiento o cirugía. Este enema se consigue en las farmacias sin necesidad de una receta médica. Su médico le indicará cuál es la clase que debe conseguir y con qué frecuencia usarlo.



### ¿Cómo uso el enema?

Siga las instrucciones que vienen con el enema. A continuación le damos unos pasos generales a seguir:

Escoja una posición cómoda. Una de las posiciones es acostarse sobre su lado izquierdo flexionando su rodilla derecha contra el pecho. La otra posición es ponerse de rodillas y colocar el lado izquierdo de su cara en una superficie plana.

Inserte la punta dentro del recto despacio y con cuidado. Retire la tapa plástica antes de insertar la punta. Use un movimiento de lado a lado a medida que usted inserta la punta. Podría ser útil que empuje como si fuera a evacuar. Esto ayuda a relajar los músculos y hacer más fácil la inserción de la punta. No debe forzar la punta en su recto. La presión puede ser dañina para su recto.

Apriete la botella para empujar la solución en su recto. No es necesario exprimir toda la solución dentro de su recto. Apriete hasta que tenga la sensación de llenura en el área.

Mantenga la misma posición hasta que sienta las ganas de tener una deposición. Esto por lo general se toma de 1 a 5 minutos. En caso que no sienta ganas en 5 minutos, trate de tener una deposición. No use ningún otro enema si usted no tiene una deposición intestinal en unos 5 minutos. Consulte con su médico por instrucciones.

### Tipos de enemas

Los enemas médicos o por higiene se usan desde hace siglos y son básicamente de dos tipos:

#### - **Enema evacuante**

Los enemas evacuantes que generalmente actúan de inmediato (15 a 20 minutos máximo), se usan para tratar la retención fecal, eliminación de fecalomas, o el estreñimiento, como por ejemplo en las mujeres embarazadas se usan para aliviar la molestia causada por el estreñimiento que a algunas les produce la ingesta de suplementos nutricionales del hierro.

#### - **Enema de retención**

Los enemas de retención, que requieren la retención de la sustancia introducida durante un mínimo de 30 minutos a varias horas, se usan para introducir medicamentos o sustancias radio opacas, como el sulfato de bario, y así visualizar con rayos x imágenes del tracto intestinal inferior con fines

diagnósticos (véase enema opaco). También existen los enemas para alimentación vía rectal, medida en desuso.

Los enemas clismafilicos son los que se realizan como vehículo para obtener excitación sexual, es decir forman parte de prácticas sexuales, como expresión o variación de parafilias, sobre todo sado-masoquistas.



Enema opaco en bolso disponible

<https://es.wikipedia.org>

<https://www.drugs.com>