



**Nombre del alumno: Roxana Daniela
Perez Mendez.**

**Nombre del profesor: Juana Inés
Hernández López**

**Materia: Fundamentos De Enfermería
3**

Nombre del trabajo:

Licenciatura: Enfermería.

4.1 Técnicas especiales de enfermería.

- Investigar los 5 momentos de lavado de mano.

Los 5 momentos para la higiene de manos"

1. Antes del contacto con el paciente.
 - ¿Cuándo? Lávese las manos al acercarse al paciente (al estrechar la mano, ayudar al paciente a moverse, realizar un examen clínico).
 - ¿Por qué? Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que tenemos depositados en nuestras manos (libres o con guantes)
2. Antes de realizar tarea aséptica.
 - ¿Cuándo? Inmediatamente antes de realizar la tarea (curas, inserción de catéteres, preparación de alimentos o medicación, aspiración de secreciones, cuidado oral/dental).
 - ¿Por qué? Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que podrían entrar en su cuerpo, incluido los gérmenes del propio paciente.
3. Después del riesgo de exposición a líquidos corporales
 - ¿Cuándo? Inmediatamente después de exposición a fluidos orgánicos aunque se lleven guantes (extracción y manipulación de sangre, orina, heces, manipulación de desechos, aspiración de secreciones, cuidado oral/dental).
 - ¿Por qué? Para protegerse y proteger el entorno de atención sanitaria de los gérmenes dañinos del paciente.
4. Después del contacto con el paciente
 - ¿Cuándo? Después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea (al estrechar la mano, ayudar al paciente a moverse, realizar un examen clínico).
 - ¿Por qué? Para protegerse y proteger el entorno de atención sanitaria de los gérmenes dañinos del paciente.
5. Después del contacto con el entorno del paciente.

- ¿Cuándo? Después de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, incluso si no se ha tocado al paciente (cambiar la ropa de cama, ajustar la velocidad de perfusión).
- ¿Por qué? Para protegerse y proteger el entorno de atención sanitaria de los gérmenes dañinos del paciente.

- Investigar la técnica de lavado de manos con gel antibacterial y agua y jabón.

TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS CON GEL ANTIBACTERIAL

OBJETIVO El objetivo del lavado de manos con alcohol en el personal de salud es reducir significativamente la flora microbiana de la piel.

SANITIZACIÓN - LAVADO SECO Es la aplicación de un agente antiséptico sin agua en toda la superficie de las manos para reducir el número de microorganismos presentes. Éstos antisépticos están elaborados con alcohol sin surfactantes.

PASOS A SEGUIR

1. . Si las manos no están visiblemente sucias, utilizar el lavado sin agua 2. Las unidades que dispongan de soluciones de alcohol para el lavado de manos antiséptico, deben estar provistas de un jabón no antimicrobiano para utilizarlo cuando las manos están visiblemente sucias.
2. Aplicar suficiente cantidad de solución alcohólica. Colocar una porción del producto en la palma de la mano sobre las manos libres de materia orgánica y seca.
3. Extender cubriendo toda la superficie de la mano incluyendo los dedos y entre los dedos. Frotar ambas manos, distribuyéndolo en palmas.
4. - Frotar el dorso, dedos y en los espacios interdigitales. Frotar las uñas y por último las muñecas
5. Friccionar vigorosamente las manos hasta que la solución se seque (10-15 segundos)

6. ¡IMPORTANTE! No enjuague sus manos después aplicar el gel antibacterial



- 10 correctos para la administración de medicamentos.

PRIMER CORRECTO

Administrar el fármaco correcto Comprobar por lo menos tres veces:

- Al sacarlo del recipiente, al prepararlo y antes de administrarlo.
- Verificar fecha de vencimiento del fármaco
- No administrar medicamentos preparados por otros

SEGUNDO CORRECTO

Administrar el fármaco al paciente correcto: Comprobar siempre la identificación del paciente preguntarle “nombre y apellido” ¿Cómo es su nombre? En caso de paciente confuso o en coma hablar con los acompañantes.

TERCER CORRECTO

- Administrar la dosis correcta: Comprobar dos veces la dosis farmacológica, en caso de parecer inapropiada confirmarla, “si hay duda, averigüe”.

CUARTO CORRECTO

- Administrar el fármaco por la vía correcta: Cada medicamento debe administrarse por la vía indicada. Cada vía tiene diferentes tiempos de absorción. Asegúrese de que el paciente ingiera la medicación vía oral de retirarse de la habitación. Nunca deje medicación en la unidad del paciente.

QUINTO CORRECTO

Administrar el fármaco a la hora correcta. Las concentraciones terapéuticas en sangre de muchos medicamentos dependen de la constancia y regularidad de los tiempos de administración

SEXTO CORRECTO

Educar al usuario y la familia sobre fármaco que se administra: Aprovechar la instancia de internación para resaltar la necesidad de una administración "constante y oportuna".

SEPTIMO CORRECTO

Obtener una historia farmacológica completa del paciente: El riesgo de reacciones farmacológicas adversas y de interacciones al medicamento aumenta con el número de fármacos administrados.

OCTAVO CORRECTO

Averiguar si el paciente tiene alguna alergia al medicamento:

Reacción adversa Es un efecto farmacológico no deseado. El efecto puede ser incontrolable, problemático o peligroso.

Alergia: Es una respuesta física desfavorable ante un efecto químico no farmacológico. Puede variar entre leve y grave, pero siempre es un motivo para que el paciente "deje de tomar el fármaco".

NOVENO CORRECTO

Registros: Anotar cada medicamento que se administra y si no se administra especificar

DECIMO CORRECTO

Tener responsabilidad en la administración del medicamento.

- Regla de oro para la administración de medicamentos (los 3 yo)

Los "4 Yo" es otra forma de verificar la correcta administración de medicamentos, es una forma de que el personal de salud sea responsable de los que administra, sepa que reacción causa el medicamento en el organismo del paciente y responda por lo realizado, es de suma importancia que cada vez que se administre un medicamento se anote en la ficha el horario, la vía y la persona que lo administro.

Estos son:

*Yo preparo

*Yo administro

*Yo registro

*Yo respondo

Administración de medicamentos

Preparados sólidos

Cápsulas.

Está contenido dentro de una cubierta de gelatina que tiene una función de protección del medicamento.

Comprimidos.

El medicamento y los excipientes que le dan cohesión son sometidos a un proceso de compresión que les da la forma.

Grageas.

El medicamento está rodeado de una cubierta dura o compacta, generalmente de azúcar, que protege el medicamento.

Jarabes.

Está disuelto en una solución azucarada que enmascara el sabor del medicamento y que, por su alto contenido en azúcar, impide que crezcan las bacterias.

Elixir.

La solución que acompaña al medicamento tiene un contenido variable de alcohol.

Suspensión.

Es una preparación en la que el medicamento es insoluble en el líquido que lo contiene. Si se deja en reposo, el polvo se deposita en el



Administración de medicamentos por vía intradérmica

La administración de sustancias por esta vía consiste en la introducción de una solución en la capa superficial de la piel, con la característica de la formación de un abultamiento pálido en forma de piel de naranja, que asegura que la sustancia se administró correctamente

Sitios de inyección

Los lugares de inyección comunes incluyen la superficie interna del antebrazo y la parte superior de la espalda, debajo del omóplato

Equipo

El equipo incluye jeringas calibradas en décimas y centésimas de mililitro. La dosis administrada suele ser menor de 0,5 ml, menor que la administrada por vía subcutánea o intramuscular. Se utiliza una aguja de $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{2}$ pulgadas de largo (6 a 13 mm) y de calibre 26 o 27 de grosor.

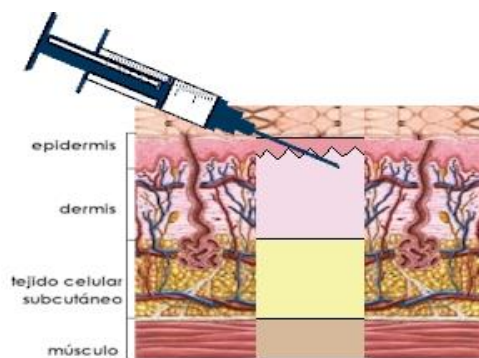
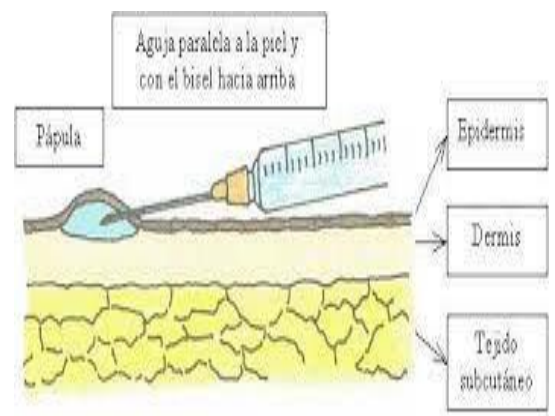


Figura 1.- Vía intradérmica



Administración de medicamentos por vía subcutánea

El medicamento se introduce a través de una aguja de punta fina en el tejido que tenemos bajo la piel

Sitios de inyección

El área exterior del brazo.

El abdomen, desde el borde de la costilla hasta la cresta ilíaca, evitando un círculo de 2 pulgadas alrededor del ombligo.

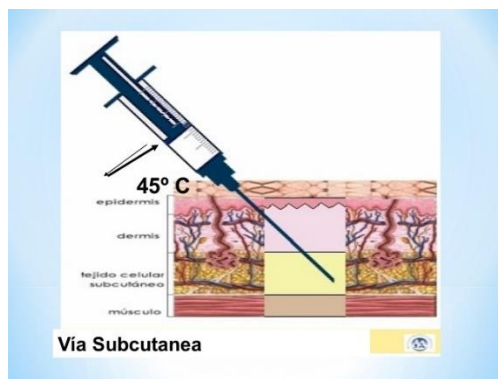
La parte superior de la espalda.

La parte frontal del muslo, a mitad de camino hacia el lado externo, 4 pulgadas debajo de la parte superior del muslo a 4 pulgadas por encima de la rodilla.

El área superior de la nalga, justo detrás del hueso de la cadera.

Procedimiento

Las inyecciones subcutáneas se insertan en ángulos de 45 a 90 grados, dependiendo de la cantidad de tejido subcutáneo presente y la longitud de la aguja; por lo general, una aguja más corta de 3/8" se inserta 90 grados y una aguja de 5/8" generalmente se inserta a 45 grados



Administración de medicamentos vía intramuscular

Ventajas de la administración de fármacos por vía intramuscular

Vía de acceso rápida.

No requiere la colaboración del paciente

Desventajas de la administración de fármacos por vía intramuscular

Limitada para el uso en pacientes con baja masa muscular o pérdida de masa muscular.

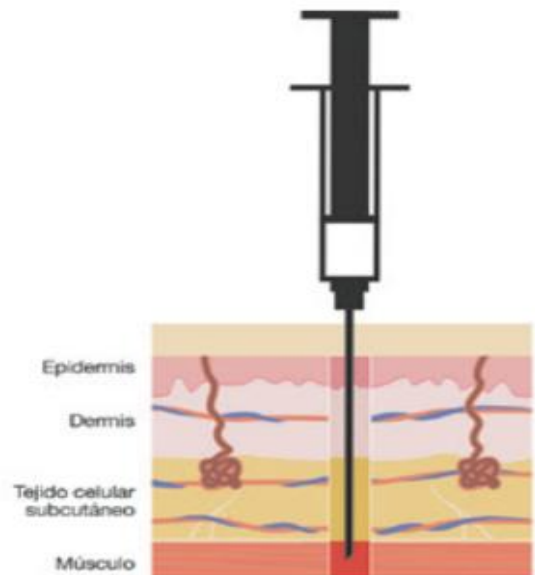
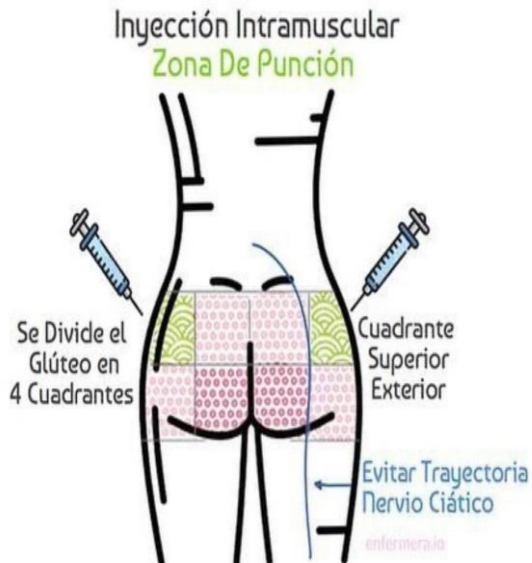
La administración constante en una misma zona puede ocasionar fibrosis local, lo que produce una reducción progresiva de la absorción

Puntos de inyección intramuscular

Área glútea dorsal

Área glútea ventral

Vasto lateral o externo – recto anterior



Administración de medicamentos por vía intravenosa

Si la administración se va a realizar mediante una inyección en vena:

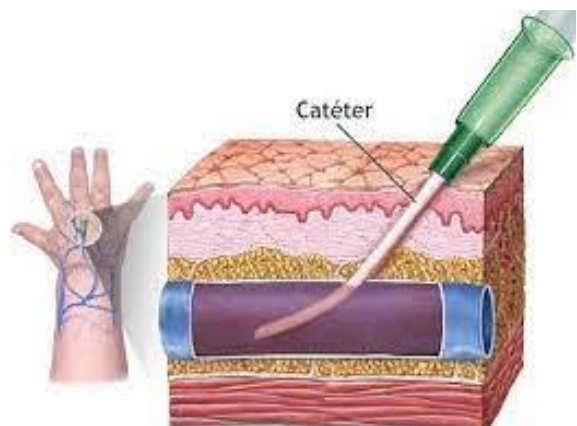
Coloque el compresor, elija una vena de grueso calibre, Inmovilícela, sujetándola con el dedo pulgar y traicionando la piel, Inserte la aguja con un ángulo de 30 grados, con el bisel hacia arriba, Aspire lentamente y compruebe si refluye sangre, Retire el compresor e inyecte el fármaco lentamente, Extraiga la aguja y aplique presión con una gasa estéril hasta que deje de sangrar el punto de punción. Si es posible mantenga presión para evitar hematoma

Si la administración se realiza a través de una vía iv ya colocada:

Compruebe la permeabilidad de la vía, si hay una perfusión previa, cierre el paso de la misma con la llave de tres pasos, mantenga la mayor asepsia posible a la hora de introducir el fármaco iv, abra la llave de tres pasos conectando la vía al fármaco y manteniéndola cerrada al resto del sistema, introduzca el fármaco lentamente, después de la inyección abra la llave al resto del sistema y reinicie. Reajuste la velocidad de coteo.

Administración de fármacos en sueros pequeños

Prepare la solución iv: purgue el suero (50 ml) incluyendo llave de tres pasos antes de introducir el medicamento, etiquete debidamente el suero escribiendo sobre una tira de esparadrapo (no sobre el plástico). Indique el nombre del fármaco, dosis, volumen de infusión y hora de inicio, introduzca el medicamento mezclándolo para asegurar una distribución uniforme, conecte a la vía la perfusión preparada y adapte el ritmo de perfusión, observe la presencia efectos secundarios durante la administración del fármaco.



Realizar una investigación de cada tema, puedes acompañar tu trabajo con imágenes para reforzar las técnicas.

VALORACIÓN DE LA SALUD EN EL ADULTO

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 con un niño.

CUIDADOS DEL ADULTO MAYOR

Cuidados de Enfermería: Twitter: [GuiaDenfermeria](#)

La Enfermera debe:

- ➔ **Evitar gritar y dirigirse por su nombre.**
- ➔ **Repetir las preguntas si hay alteración de la memoria.**
- ➔ **Ser consciente de la comunicación no verbal a través de la expresión facial y corporal.**
- ➔ **Usar un tono y timbre de voz bajo.**
- ➔ **Administrar medicación con precaución.**



www.guiadeenfermeria.org

TIPOS DE BAÑOS EN EL PACIENTE.

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

BAÑO EN DUCHA

I. Definición. Es el baño que se realiza en la ducha cuando la condición del paciente lo permite.

II. Objetivo.

- Promover y mantener hábitos de higiene personal.
- Eliminar sustancias de desecho y facilitar la transpiración.
- Activar la circulación periférica y la ejercitación de los músculos.
- Observar signos patológicos en la piel y estado general del paciente.
- Proporcionar comodidad, confort y bienestar.

III. Material.

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

IV. Precauciones.

- No permitir que el paciente ponga seguro en la puerta del baño.
- Nunca deje solo al paciente.

V. 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.
- Ayúdele 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.
- Ayúdelo a secar la espalda y miembros inferiores, la humedad ayuda al crecimiento de microorganismos.
- Ayude a vestirse y trasládalo 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

I. **Definición.** Baño de tina: Es la higiene que se proporciona al paciente, durante su estancia hospitalaria.

II. Objetivos.

- Fomentar el descanso y el relajamiento del paciente; así como mejorar la autoimagen favoreciendo el aspecto físico y eliminando los malos olores.

III. Materiales.

- Ropa del paciente.
- Jabón.
- Toalla.
- Riñón.
- Esponja y toalla facial.
- Shampoo.
- Peine y crema.

IV. 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

I. Concepto.

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.

II. Objetivos.

- Limpiar la piel y aumentar así la eliminación por dicho órgano.
- Estimular la circulación.
- Proporcionar bienestar y relajación al paciente.
- Eliminar las secreciones y descamación de la piel.

III. Principios.

- El calor del cuerpo se pierde por convección o corrientes de aire.
- La tolerancia al calor es diferente en las personas.
- Las pasadas suaves, largas y ascendientes por los brazos y piernas aumentan el flujo venoso.
- Compuestos químicos de algunos jabones irritan la piel y en particular los ojos.

IV. Precauciones.

- Programar el baño de manera que no se interponga con las actividades hospitalarias, por ejemplo: obtención de muestras de laboratorio, radiografías, consultas y los alimentos.
- Verificar la temperatura del agua.
- No dejar mucho tiempo el jabón sobre la piel.
- No interrumpir el baño para proveerse material.

- Cambiar de agua cuantas veces sea necesario.

V. 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.

VI. 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 si 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

I Definición. Es la limpieza del cuerpo con agua y jabón cuando el paciente está incapacitado para hacerlo por sí mismo.

II Objetivos.

- Dar comodidad y seguridad al usuario.
- Estimular la circulación de todo el cuerpo.
- Enseñar hábitos higiénicos al usuario.
- Evitar infecciones.
- Observar su estado de salud.
- Proporcionar bienestar.
- Disminuir la temperatura en caso de hipertermia.
- Prevenir las úlceras por presión.

III. Consideraciones generales.

- Revisar el tipo de baño, la capacidad del cliente para participar y cualquier medida de seguridad que sea necesaria.
- Controlar signos vitales para evaluar la condición del paciente.
- Revisar las prescripciones médicas para ver si no hay alguna contraindicación para la movilización del paciente.
- Suspender el baño si el paciente presenta alteraciones e informar lo observado.
- Descubrir al paciente lo menos posible para evitar enfriamiento.

V. 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 lavacaras.
- 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.

VI. 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.

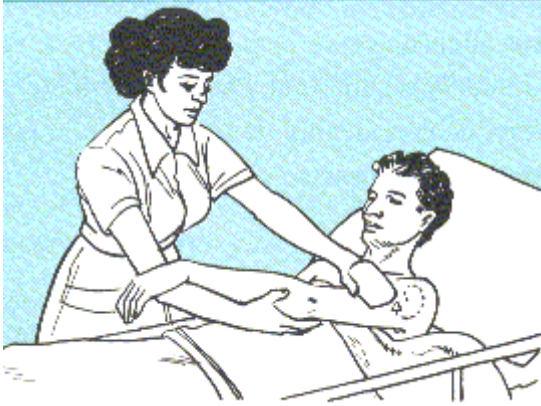
- Retirar las ropas de la cama tapando a la persona cuidada con la toalla grande.
- Retirar la almohada, situarse a un lado de la persona cuidada.
- Quitar el camisón o pijama manteniendo la toalla grande sobre el cuerpo.
- Llenar las palanganas de agua caliente.
- Echar en una de ellas jabón líquido.
- 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.

VII. Cuidado con.

- Cambiar el agua cada vez que se ensucie, se enfríe o se llene de jabón.
- Secar muy bien las zonas entre los dedos de manos y pies, el ombligo, las axilas, los pliegues mamarios de la mujer, las ingles y el debajo del escroto de los hombres.
- Si la persona cuidada puede colaborar, potencia en la medida de lo posible que ella se lave las zonas más personales como son la cara y los genitales.
- Procura que el baño no dure más de quince minutos.
- Observa cuidadosamente la piel de la persona cuidada en busca de signos de úlceras por presión.
- Aprovecha este momento de intimidad para dialogar con la persona que estás cuidando, interesándote por sus preocupaciones y por su estado emocional.



Succión gástrica

Es un procedimiento para vaciar los contenidos del estómago.

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 (esofagogastroduodenoscopia - 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

Ducha vaginal

La ducha vaginal consiste en lavar o higienizar la vagina con agua u otras mezclas de líquidos. 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).

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.

La mayoría de los médicos no recomiendan la ducha vaginal para mujeres.

ENEMA

Enema, lavado, lavativa o clisma (término antiguo), 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.

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 sadomasoquistas.

Sustancias para enemas:

Los enemas evacuantes se realizan con agua, solución salina, soluciones jabonosas, emulsiones con aceite o glicerina, soluciones hipertónicas y existen también preparados comerciales. Generalmente todas estas sustancias se aplican a temperatura corporal (37 °C).

En el enema de contraste con radiografía se utiliza sulfato de bario para detectar afecciones como inflamaciones, pólipos o cáncer en el colon y el recto.

Los enemas de retención (a veces precedidos por enemas de evacuación o limpieza) se hacen con aceite de oliva (enema oleoso o emoliente), medicamentos diversos como antihelmínticos o laxantes y antisépticos, sulfato de bario y líquidos con nutrientes en caso del enema alimenticio, así como líquidos para hidratación (proctólisis). En medicina alternativa se usan enemas de café para afecciones hepáticas por su efecto colerético.

Contraindicaciones:

Generalmente no se debe practicar enemas en los siguientes casos:

- Inflamación intestinal o colitis y apendicitis
- Peritonitis

- Traumatismo abdominal
- Posoperatorio de cirugías abdominales
- Sangrado de tubo digestivo
- Sensibilidad a los componentes de la fórmula
- Deshidratación
- Hemorroides