



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**ALUMNA:**

Valeria García Victoria

**GRUPO:**

3 B

**CARRERA:**

Lic. Enfermería

**PROFESORA:**

Juana Inés Hernández López

**Villahermosa, Tab, jueves 10 de junio de 2021**

## **TECNICAS ESPECIALES DE ENFERMERIA**

- Valoración de la salud en el adulto
- Tipos de baños en el paciente.
- Succión gástrica.
- Lavado vaginal.
- Enemas

# VALORACIÓN DE LA SALUD EN EL ADULTO



## ¿QUE ES?

La valoración geriátrica integral (VGI) se ha consolidado como una herramienta que, junto con la historia clínica de la persona adulta mayor, permite identificar las necesidades de atención, tanto de problemas médicos comunes como de aquellos donde se ve involucrado el aspecto psicológico, de capacidad mental, la nutrición, aspectos sociales y riesgos de dependencia, lo cual permite diseñar estrategias de intervención<sup>3</sup>.

Se ha visto que mientras más temprano, en el proceso de envejecimiento, se realice una VGI y se puedan hacer planes multidisciplinarios para conservar la calidad de vida en forma global, los éxitos de las intervenciones son mayores. Se ha determinado que un paciente geriátrico es aquel que reúne 3 o más de los siguientes criterios:

1. Edad superior a los 60 años de edad (algunos consideran más de 75 años debido a las expectativas de vida de cada país).
2. Presencia de múltiples patologías relevantes.
3. Presencia de enfermedad que posee características incapacitantes.
4. Existencia de enfermedad o proceso patológico de tipo mental.
5. Problemática social relacionada con su condición de salud.

## ETAPAS

### La valoración clínica

En especial en la persona adulta mayor, las enfermedades tienen presentaciones atípicas, esto hace necesario familiarizarse con ellos, conocerlos, identificarlos e iniciar un manejo multidisciplinario. Hay que recordar que el propio envejecimiento fisiológico eleva la incidencia de enfermedades y éstas repercuten en aspectos funcionales, lo que favorece la incapacidad.

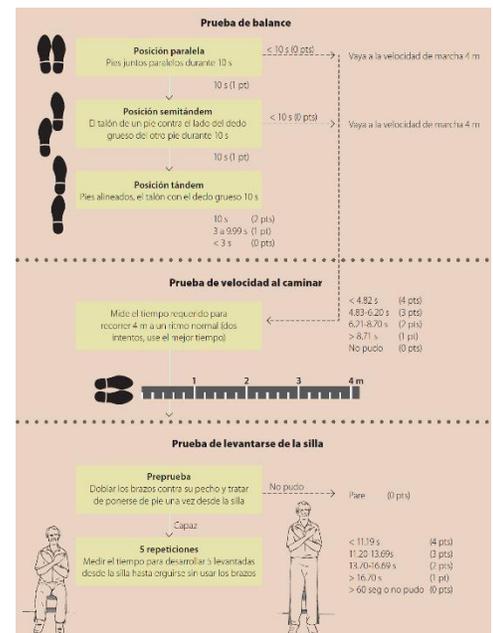
- ❖ **La exploración física** no difiere de la que se realiza en un adulto. Se inicia con la inspección general: aspecto, cuidado, aseo, colaboración. Se identifican las constantes vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, y se consignan peso y talla). Posteriormente se hace una revisión topográfica, algunos puntos a resaltar en el adulto mayor son: *Cabeza, Cuello, Tórax, Abdomen, Tacto rectal, Neurológico, Piel*: lesiones tróficas, úlceras, tumoraciones.

## Valoración funcional

Nos permite conocer la capacidad del anciano para realizar sus actividades de la vida diaria básicas (AVDB), que incluyen: baño, vestirse, uso del retrete, movilidad, continencia y alimentación, las actividades de la vida diaria instrumentales (AVDI) (que son las actividades de interrelación con el medio ambiente, como el uso del teléfono, ir de compras, preparar alimentos, realizar tareas del hogar, lavar la ropa, utilizar transportes, control de sus medicamentos y manejo del dinero), y algunos consideran las actividades de la vida diaria avanzadas (AVDA) (aquellas donde la persona contribuye en actividades sociales, recreativas, de trabajo, viajes y ejercicio intenso). A mayor grado de dependencia, mayor riesgo de mortalidad, mayor número de ingresos hospitalarios, mayor consumo de medicamentos, aumenta el riesgo de institucionalizarse y se incrementa la necesidad de recursos sociales.

Se evalúa:

- ❖ **Desempeño físico.** Una medición objetiva del funcionamiento físico permite conocer la posibilidad de realizar movimiento o actividades específicas (se valoran repeticiones de movimientos o la medición cronometrada de la actividad). La Organización Mundial de la Salud cataloga a las personas como válidas, con deficiencia, discapacidad o minusvalía en función de los resultados obtenidos.
- ❖ **Marcha y equilibrio.** El movimiento es esencial; el organismo funciona con mayor eficacia cuando está activo, la pérdida de capacidad de marcha y equilibrio es indicativo de un alto riesgo para la salud.



## Valoración nutricional

Sabemos que una buena alimentación con el suficiente aporte proteico es indispensable para el funcionamiento corporal, es necesario conocer los riesgos que tiene el paciente con su alimentación. La aportación del Mini Nutricional Assessment (MNA) ha sido de gran utilidad para su valoración.



# TIPOS DE BAÑOS EN EL PACIENTE



## ¿QUE ES?

El aseo general es el que se realiza sobre toda la superficie corporal. Debe llevarse a cabo diariamente, generalmente por la mañana, antes del cambio de ropa de cama. Si el paciente es independiente o mínimamente dependiente, lo hará él mismo, con o sin nuestra ayuda, según lo necesite. Cuando el paciente no pueda levantarse, bien porque no pueda o porque su patología lo desaconseje, se realizará el aseo en la cama.

## TIPOS

### Aseo en ducha o bañera

**Descripción:** es la técnica de aseo que se usa cuando el paciente es autosuficiente o requiere ayuda mínima.

**Materiales:** guantes, alfombrilla antideslizante, silla o taburete de baño, esponjas desechables, jabón neutro, toalla de baño y de cara, crema hidratante, pijama o camisón, bolsa para la ropa sucia y material de higiene personal.

#### Protocolo:

1. Colocar la alfombrilla antideslizante en el suelo y, si fuera necesario, la silla o taburete de baño, comprobando que está firmemente anclado.
2. Solicitar al paciente que realice su higiene de forma habitual.
3. Incidir en la importancia de secar correctamente la piel, mediante toques suaves.
4. Proporcionar crema hidratante.
5. Introducir la ropa sucia en la bolsa apropiada para ello.
6. Dejar al paciente en una posición cómoda en la cama o el sillón.



#### Observaciones:

- Si el paciente no puede realizar su higiene de forma independiente, se le prestará la ayuda necesaria para desvestirse, bañarse y aplicarse crema, vestirse y acomodarse.
- Vigilar las medidas de seguridad, sobre todo si el suelo está mojado.
- Indicar al paciente la situación del timbre, por si necesitara alguna cosa o se encontrara mal durante el aseo.
- La higiene se puede realizar de pie o sentado en una silla de baño si el paciente lo necesita.

## Aseo del paciente encamado

**Descripción:** es la técnica de aseo para los pacientes que por su estado no se pueden levantar de la cama, aunque conserven su movilidad.

**Materiales:** guantes, cuña o botella, palangana con agua caliente, esponjas desechables, jabón neutro, suero salino, gasas, toalla de baño y de cara, empapadores, ropa de cama, peine, crema hidratante, pijama o camisón y bolsa para la ropa sucia



### Protocolo:

1. Ofrecer la cuña o la botella antes de iniciar el aseo.
2. Desvestir al paciente (si tiene vía periférica se desviste sacando el camisón primero por el brazo libre y se viste comenzando por el brazo con vía).
3. Cubrirlo con la sábana o con una toalla. Situar el material necesario de manera que esté a nuestro alcance.
4. Colocar al paciente en decúbito supino y proteger la cama con empapadores.
5. Iniciar el aseo por la cara con agua sin usar jabón: a) Lavar los ojos con una gasa húmeda; si hubiera secreciones se retiran con una gasa y suero salino en primer lugar y, a continuación, se lava el ojo del borde interno al externo para evitar contaminar el conducto lagrimal y usando una gasa distinta para cada ojo. b) Realizar la higiene del pabellón auricular, empleando una gasa o toalla de cara sin introducir nada en el interior del oído. c) Lavar el resto de la cara.
6. Continuar el aseo en un orden descendente: cuello, hombros, axilas, brazos, manos, tórax, abdomen.
7. Continuar con piernas y pies, flexionando las piernas para facilitar la limpieza de la parte posterior de estas.
8. Lavar la zona perineal y genital de delante hacia atrás para evitar infecciones de microorganismos procedentes de la región anal, sobre todo en el caso de las mujeres; se retira el prepucio en los hombres, para poder lavar el glande, y posteriormente se deja en su posición habitual.
9. Colocar al paciente en decúbito lateral para el lavado y secado de la espalda y glúteos. Aplicar crema hidratante, realizando un suave masaje para reactivar la circulación.
10. Una vez terminada la higiene, aprovechar la posición de decúbito lateral y cambiar la ropa de la cama.
11. Vestir al paciente, peinarlo y dejarlo en una posición cómoda.

### Observaciones:

- Cambiar el agua y la esponja tantas veces como sea necesario
- . – Ofrecer al paciente la posibilidad de lavar él mismo la zona genital si puede hacerlo.
- Enjabonar con movimientos circulares, aclarar y secar a fondo, realizando toques suaves con la toalla sin arrastrar esta por la piel.
- Evitar enjabonar en exceso.

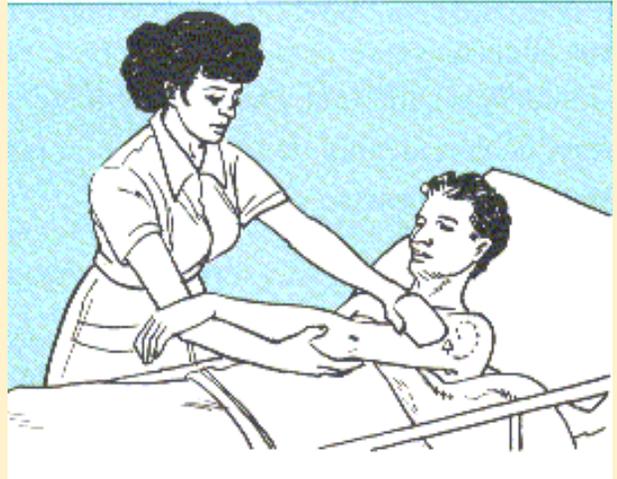
## Baño de esponja

**Descripción:** 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.

**Materiales:** 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.

### Protocolo

1. Lavarse las manos
2. Preparar el equipo y llevarlo a la unidad del paciente.
3. Identificar al paciente.
4. Dar preparación psicológica
5. Dar preparación física:
6. Aislarlo.
7. Posición de decúbito dorsal.
8. Acercar al paciente a la orilla de la cama.
9. 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.
10. Acercar las palanganas con el agua a temperatura conveniente.
11. Ayudar al paciente a quitarse el camisón o pijama.
12. 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.
13. Después asear la cara sin jabón, continuar lavando orejas, cuello y parte superior de los hombros, enjuagar y secar.
14. 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.
15. Permitir que el paciente se remoje las manos antes de proceder a lavarlas, enjuagar y secar las manos.
16. Colocar una toalla sobre el tórax para proteger el pecho del paciente, lavar región torácica y abdomen, enjuagar y secar.
17. 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 pie, lavar la pierna con movimientos largos, enjuagar y secar. Repetir el mismo procedimiento con la otra pierna.
18. Remojar ambos pies del paciente en la palangana antes de lavárselos. Lavar, enjuagar y secar muy bien ambos pies.
19. Lavar el lavamanos, cambiar de agua, de toallita fricción y toalla grande.
20. 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.
21. 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.
22. Ayudar al paciente a ponerse el camisón o pijama.
23. Colocar ropa de cama. Dejar cómodo al paciente.
24. Retirar el equipo y darle los cuidados posteriores a su uso.



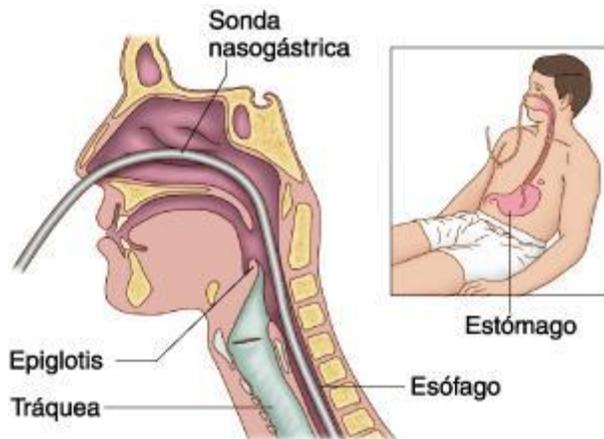
# SUCCION GASTRICA

## ¿QUE ES?

es un procedimiento habitual en los cuidados de enfermería y utilizado durante décadas con el fin principal de evacuar sustancias tóxicas del estómago. Su uso es más frecuente en los servicios de urgencias de los hospitales, donde las intoxicaciones agudas pueden llegar a representar entre el 0,5%-2% de los motivos de asistencia. En la actualidad han variado los criterios para realizar este procedimiento y se desaconseja emplearlo de forma rutinaria.



## ¿COMO SE REALIZA?



En una emergencia, como cuando un paciente 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, el médico 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

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

## RIESGOS

- Inhalar contenidos del estómago (esto se denomina aspiración)
- Agujero (perforación) en el esófago
- La sonda se puede colocar dentro de la vía respiratoria en vez del esófago
- Sangrado leve

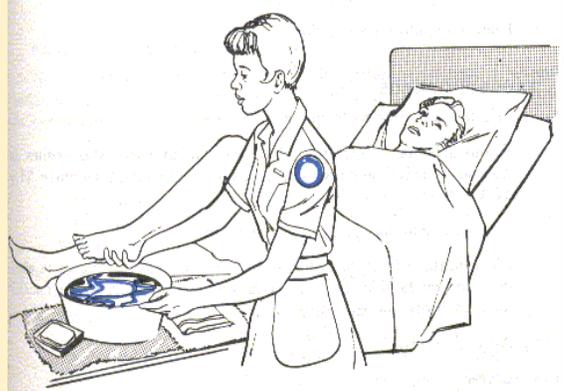
# LAVADO VAGINAL

**Descripción:** el aseo genital se realiza en ocasiones que requieren un aseo más exhaustivo de la zona, como después de la deposición, antes del sondaje vesical o antes de la toma de una muestra para urocultivo.

**Materiales:** guantes desechables, cuña, palangana o jarra con agua caliente (36-38 °C), empapadores, torundas de gasa, esponjas o paños de celulosa desechables, jabón líquido y toallas.

**Protocolo:**

1. Colocar al paciente en posición ginecológica (decúbito supino con las piernas flexionadas y abiertas)
2. Dejar al descubierto la zona genital, cubriendo el resto del cuerpo.
3. Colocar un protector en la cama y la cuña.
4. Secar, insistiendo en los pliegues interdigitales.
5. Lavar el pubis y los labios mayores
6. Separar los labios mayores con una mano y con la otra lavar, de arriba abajo y de dentro hacia fuera, los labios menores, vestíbulo perineal y región anal utilizando esponja o torundas de gasa para cada maniobra
7. Aclarar con agua a chorro y secar cuidadosamente. En ambos casos: retirar la cuña, tapándola con un empapador.



**Observaciones:**

- Si el paciente es autónomo se le debe proporcionar el material para que realice su higiene perineal.
- Observar la zona en busca de inflamación, escoriación, hinchazón, flujo excesivo y olor. En pacientes con sonda vesical, inspeccionar la zona de inserción de esta, ya que la sonda puede producir excoriaciones.
- A veces se puede colocar al paciente en decúbito lateral para realizar la higiene anal.

# ENEMA

## ¿QUE ES?

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

### 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.

## Sustancias para enemas

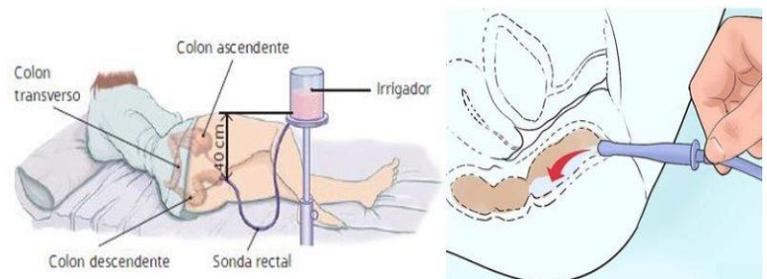
Los enemas evacuantes se realizan con agua, solución salina, soluciones jabonosas, emulsiones con aceite o glicerina, soluciones hipertónicas y existen también preparados comerciales. Generalmente todas estas sustancias se aplican a temperatura corporal (37 °C).

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



# BIBLIOGRAFIA

[https://www.macmillaneducation.es/wp-content/uploads/2019/02/tbe\\_unidad\\_cast.pdf](https://www.macmillaneducation.es/wp-content/uploads/2019/02/tbe_unidad_cast.pdf)

[https://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4\\_4\\_2.htm](https://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_4_2.htm)

<https://enferurg.com/wp-content/uploads/2019/03/303.pdf>

[www.ecured.cu](http://www.ecured.cu)

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0026-17422017000300038&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0026-17422017000300038&script=sci_arttext)