



Nombre del alumno: Espinoza Morales Fernanda Judith.

Nombre del profesor: López Silba María del Carmen.

Nombre del trabajo: Ensayo.

Materia: Fundamentos de Enfermería III.

Grado: 3

Grupo: B

Comitán de Domínguez Chiapas a 2021.

TÉCNICAS ESPECIALES DE ENFERMERÍA.

Las técnicas de enfermería no solo se basan en la ejecución correcta de la técnica, causando las mínimas molestias posibles al paciente, sino que también deben fundamentarse en la correcta selección de los recursos materiales, en el conocimiento de los diferentes controles que, en relación a la técnica, deben efectuarse en cuanto al procedimiento en sí mismo y en cuanto al paciente, y en la prevención y reconocimiento precoz de las complicaciones potenciales. Las técnicas de enfermería, que van desde la higiene del paciente hasta los primeros auxilios y otros procesos médicos complejos, sirven como instrumentos para el enfermero, para que este pueda tratar a aquellos que se encuentren bajo sus cuidados. Aprender, dominar y practicar las técnicas básicas de enfermería es de suma importancia, en aras de poder desempeñar en mejor medida la función primordial del enfermero: cuidar de los pacientes. Por tanto se verán las técnicas de la administración de medicamentos por vía oral, intradérmica, subcutánea, intramuscular e intravenosa. Así como la valoración de signos vitales pediátricos, valoración de la salud en el adulto, tipos de baño en los pacientes, succión gástrica, lavado vaginal y enemas.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.

La administración de medicamentos son actividades de enfermería que se realizan bajo prescripción médica, en las cuales la enfermera (o) debe enfocarse a reafirmar los conocimientos y aptitudes necesarias para aplicar un fármaco al paciente, asimismo, saber evaluar los factores fisiológicos, mecanismos de acción y las variables individuales que afectan la acción de las drogas, los diversos tipos de prescripciones y vías de administración, así como los aspectos legales que involucran una mala práctica de la administración de medicamentos. Para la administración de cualquier medicamento es de suma importancia que se considere las siguientes precauciones:

- ✓ **Medicamento correcto.**
- ✓ **Paciente correcto.**
- ✓ **Dosis correcta.**
- ✓ **Vía correcta.**
- ✓ **Hora correcta.**
- ✓ **Verificar fecha de caducidad del medicamento.**
- ✓ **Registrar usted mismo el medicamento y la hora de administración.**
- ✓ **Velocidad de infusión correcta.**
- ✓ **Estar enterados de posibles alteraciones.**

Administración de medicamentos por vía oral.

La administración de medicamentos por vía oral es un procedimiento por medio del cual un medicamento es administrado por la boca y se absorbe en la mucosa gastrointestinal, entre estos medicamentos podemos citar: Tabletas, cápsulas, elixires, aceites, líquidos, suspensiones, polvos y granulados.

Fundamentación:

1. La presentación de olor y sabor son factores que influye en la aceptación o rechazo de los medicamentos
2. el frío bloquea los órganos gustativos
3. la concentración plasmática de un fármaco por vía oral, alcanza sus valores máximos entre 1 y 3 horas después de su ingestión y dependiendo de la velocidad con que se verifica la absorción.
4. la absorción del medicamento en el aparato digestivo, se debe a difusión simple a través de la membrana
5. la absorción se modifica en condiciones patológicas (diarrea irritación, gastrointestinal, entre otras).

Equipo:

- Bandeja o carrito para administración de medicamentos.
- Medicamento prescrito: Cápsulas, tabletas, jarabe, grageas, suspensión.
- Vaso con agua.
- Tarjeta de registro del horario del medicamento prescrito.
- Vasito o recipiente para colocar el medicamento.

Procedimiento:

1. Rectificar la orden prescrita en el expediente clínico.
2. Lavarse las manos antes de preparar los medicamentos, se recomienda utilizar un antiséptico de amplio espectro antimicrobiano.
3. Trasladar el equipo a la habitación del paciente, y al mismo tiempo verificar el número de cuarto o cama con los registros del paciente (el medicamento se presenta en un vasito especial para medicamentos, el cual es preparado previamente evitando que al depositarlo en el vasito toque con las manos; en caso de suspensiones se debe agitar antes de preparar la dosis).
4. Identificarse con el paciente.
5. Colocar al paciente en posición Fowler (si no existe contraindicación).
6. Explicar al paciente el objetivo de tomarse el medicamento prescrito.
7. Verificar por medio de la tarjeta de registro del horario, si corresponde el medicamento, nombre, número de cama, medicamento prescrito y dosis a administrar. Llamar por su nombre al paciente.
8. Administrar el medicamento al paciente. Si está en condiciones de tomarlo por él mismo, ofrecer el medicamento, ya sea que se le proporcione agua, leche o jugo de fruta de acuerdo a su diagnóstico.
9. Desechar el vasito o recipiente que contenía el medicamento.

10. Colocar al paciente en posición cómoda una vez que ha ingerido el medicamento.

11. Registrar en el expediente clínico la administración del medicamento.

Administración de medicamentos por vía intradérmica.

Es la introducción de agentes químicos y biológicos dentro de la dermis (por debajo de la piel).

Material y equipo:

- Bandeja o charola para medicamentos.
- Tarjeta de registro del medicamento.
- Jeringa de 1ml (graduada en UI).
- Solución antiséptica.
- Gasas estériles de 5 x 5 o torunda.
- Guantes estériles (es recomendable utilizarlos, sin embargo, se circunscribe a las normas de la institución).

Procedimiento:

1. Trasladar el equipo o carro de medicamentos (medicamento ya preparado) al paciente, verificar el número de cama o cuarto, checar la identificación del paciente y la tarjeta del medicamento. Llamar al paciente por su nombre.

2. Explicar al paciente el objetivo de administrar el medicamento, asimismo, la sensación que va a presentar al suministrarlo.

3. Lavarse las manos antes de preparar el medicamento, se recomienda utilizar un desinfectante especial para las manos de amplio espectro antimicrobiano de acción rápida y prolongada.

4. Seleccionar el sitio de inyección: Parte interna del brazo y región escapular (cara anterior del borde externo del tercio superior del antebrazo) alternado los puntos de inyección cuando se administren inyecciones múltiples, cuidando que en el área no exista lesión o datos de infección o cambios de coloración de la piel.

5. Calzarse los guantes (según las normas de la institución). Tenerla en cuenta como una de las precauciones universales.

6. Realizar la asepsia del área seleccionada, aproximada de 5 cm alrededor de la punción utilizando las reglas básicas de asepsia con un antiséptico, se recomienda al 10% de amplio espectro antimicrobiano, de la familia de los productos clorados, hipoalérgica y que además permita visualizar el sitio de la inyección.

7. Retirar el protector de la aguja con cuidado de no contaminarla.

8. Colocar el brazo del paciente en una superficie (para que sirva de apoyo y facilite la técnica) con el dedo índice y pulgar, estirar en forma suave la piel para mantenerla tensa y facilite la introducción de la aguja.

9. Introducir la aguja casi paralela al antebrazo en un ángulo de 10 a 15º con el bisel hacia arriba. No aspirar.

10. Inyectar lentamente el medicamento y observar la formación de una pequeña papulita y decoloramiento del sitio. Con esta reacción en la piel se comprueba que el medicamento fue aplicado en la dermis.

11. Extraer la aguja con cuidado. No dar masaje, ya que puede dispersar el medicamento.
12. Colocar al paciente en posición cómoda.
13. Desechar la jeringa en un recipiente especial para material punzocortante. De acuerdo a la NOM 087-ECOL-1995.
14. Registrar el medicamento y mencionar el sitio donde se administró.

Administración de medicamentos por vía subcutánea.

Es la introducción de un medicamento (sustancias biológicas o químicas) en el tejido subcutáneo.

Material y equipo:

- Bandeja o charola para medicamentos.
- Tarjeta de registro del medicamento.
- Jeringa de 1 ml (graduada en UI).
- Solución antiséptica.
- Gasas estériles de 5 x 5 o torunda.
- Guantes estériles (es recomendable utilizarlos, sin embargo se circunscribe a las normas de la institución).

Procedimiento:

1. Trasladar el equipo o carro de medicamentos a la unidad del paciente y verificar el número de cama o cuarto, checar la identificación del paciente y la tarjeta del medicamento. Llamar al paciente por su nombre.
2. Explicar al paciente el objetivo de administrar el medicamento, asimismo, la sensación que va a presentar al suministrarlo. Proporcionar un ambiente de privacidad cuando el sitio de aplicación del medicamento sea distinto a la administración en el brazo.
3. Lavarse las manos antes de preparar el medicamento, se recomienda utilizar un desinfectante especial para las manos de amplio espectro antimicrobiano de acción rápida y prolongada.
4. Seleccionar el sitio de inyección: Parte externa del brazo, cara anterior del muslo, tejido subcutáneo del abdomen y región escapular, alternando los puntos de inyección cuando se administren inyecciones múltiples, cuidando que en el área no exista lesión, equimosis, datos de infección o cambios de coloración de la piel.
5. Colocar al paciente en la posición correcta de acuerdo a la selección del sitio de inyección.
6. Calzarse los guantes (según las normas de la institución). Tenerla en cuenta como una de las precauciones universales.
7. Realizar la asepsia del área (seleccionada) aproximada de 5 cm alrededor de la punción utilizando las reglas básicas de asepsia con un antiséptico de amplio espectro antimicrobiano, de la familia de los productos clorados, hipoaérgica y que además permita visualizar el sitio de inyección.
8. Retirar el protector de la aguja con cuidado de no contaminarla y dejar libre de burbujas la jeringa. 9. Formar un pliegue con el dedo pulgar e índice. Esta maniobra asegura la introducción del medicamento al tejido subcutáneo.

10. Sujetar la jeringa con el dedo índice y pulgar (mano derecha).
11. Introducir la aguja en un ángulo de 45°, una vez introducida dejar de formar el pliegue.
12. Aspirar la jeringa con el fin de detectar si se puncionó algún vaso sanguíneo. Proceder a introducir el medicamento. En caso de presentar punción de un vaso sanguíneo será necesario volver a preparar el medicamento, o bien cambiar la aguja de la jeringa e iniciar el procedimiento.
13. Retirar la aguja y presionar en el sitio de inyección.
14. Colocar al paciente en una posición cómoda.
15. Desechar la jeringa en el recipiente especial para material punzocortante. De acuerdo a la NOM 087-ECOL-1995.
16. Registrar el medicamento administrado y mencionar el sitio donde se administró.

Administración de medicamentos vía intramuscular.

Es la introducción de sustancias químicas o biológicas en el tejido muscular por medio de una jeringa y aguja.

Material y equipo:

- Bandeja o charola para medicamentos.
- Tarjeta de registro del medicamento.
- Jeringa de 3 o 5 ml con aguja 21 o 22 (para pacientes adultos, en caso que sea obeso utilizar una aguja larga de 21 x 38) (paciente pediátrico aguja 23 x 32).
- Solución antiséptica.
- Gasas estériles de 5 x 5 o torunda.
- Guantes estériles (es recomendable utilizarlos, sin embargo se circunscribe a las normas de la institución).

Procedimiento:

1. Trasladar el equipo o carro de medicamentos a la unidad del paciente y verificar el número de cama o cuarto, checar la identificación del paciente y la tarjeta del medicamento. Llamar al paciente por su nombre.
2. Explicar al paciente el objetivo de administrar el medicamento, asimismo, la sensación que va a presentar al suministrarlo. Proporcionar un ambiente de privacidad cuando el sitio de aplicación del medicamento sea distinto a la administración al músculo deltoides.
3. Lavarse las manos antes de preparar el medicamento, se recomienda utilizar un desinfectante especial para las manos de amplio espectro antimicrobiano de acción rápida y prolongada.
4. Seleccionar el sitio de inyección la zona que generalmente se utiliza y primera en elección es el cuadrante superior externo de ambos glúteos, cara anterior externa del muslo, en el brazo la región del deltoides, alternando los puntos de inyección cuando se administren inyecciones múltiples, cuidando que en el área no exista lesión equimosis datos de infección o cambios de coloración de la piel.
5. Colocar al paciente en la posición correcta de acuerdo a la selección del sitio de inyección.

6. Calzarse los guantes (según las normas de la institución). Tenerla en cuenta como una de las precauciones universales.
7. Realizar la asepsia del área (seleccionada) aproximada de 5 cm alrededor de la punción utilizando las reglas básicas de asepsia con un antiséptico de amplio espectro antimicrobiano, de la familia de los productos clorados, hipoadérgica y que además permita visualizar el sitio de inyección.
8. Retirar el protector de la aguja con cuidado de no contaminarla.
9. Estirar la piel con el dedo índice y pulgar. Formar un pliegue con el dedo pulgar e índice en pacientes pediátricos y geriátricos, con el propósito de aumentar la masa muscular asegura la introducción del medicamento al tejido muscular evitando pinchar el hueso.
10. Sujetar la jeringa con el dedo índice y pulgar (mano derecha).
11. Introducir la aguja en un ángulo de 90° en forma directa con un solo movimiento rápido y seguro. De esta forma ayuda a reducir el dolor de la punción.
12. Aspirar la jeringa con el fin de detectar si se puncionó algún vaso sanguíneo. Proceder a introducir el medicamento lentamente, esto permite que el medicamento se disperse a través del tejido. En caso de presentar punción de un vaso sanguíneo será necesario volver a preparar el medicamento, o bien cambiar la aguja de la jeringa e iniciar el procedimiento.
13. Retirar la aguja con rapidez (con un solo movimiento) reduce la molestia de la extracción de la misma. Presionar en el sitio de la inyección.
14. Colocar al paciente en una posición cómoda.
15. Desechar la jeringa en el recipiente especial para material punzocortante. De acuerdo a la NOM 087-ECOL-1995.

Administración de medicamentos por vía intravenosa.

Es la introducción de una sustancia medicamentosa directamente al torrente sanguíneo a través de la vena utilizando jeringa y aguja o por medio de venoclisis.

Material y equipo:

- Jeringa de 5 o 10 ml.
- Medicamento indicado.
- Ligadura o torniquete ▪ Gasas chicas o torundas.
- Solución antiséptica.
- Guantes estériles.
- Ámpula de solución inyectable.

Procedimiento:

1. Trasladar el equipo o carro de medicamentos a la unidad del paciente y verificar el número de cama o cuarto, checar la identificación del paciente y la tarjeta del medicamento. Llamar al paciente por su nombre.
2. Lavarse las manos antes de preparar el medicamento, se recomienda utilizar un desinfectante especial para las manos de amplio espectro antimicrobiano de acción rápida y prolongada.

3. Explicar al paciente el objetivo de administrar el medicamento, asimismo, la sensación que va a presentar al suministrarlo (sensación de calor en el momento que entra el medicamento al torrente circulatorio). La explicación ayuda a disminuir la ansiedad del paciente.
4. Colocar al paciente en decúbito dorsal o sentado, apoyando el brazo sobre una superficie resistente (mesa puente)
5. Seleccionar la vena que se va a puncionar: a) Generalmente se punciona en el brazo: Vena cefálica o basilíca. b) En la mano, venas superficiales del dorso y cara lateral.
6. Colocar la ligadura o torniquete a 10 cm arriba del sitio seleccionado para realizar la punción de la vena.
7. Colocarse rápidamente los guantes estériles.
8. Realizar la asepsia del área aproximada de 10 cm alrededor de la punción utilizando las reglas básicas de asepsia con un antiséptico, se recomienda uno de amplio espectro antimicrobiano, de la familia de los productos clorados, hipoalergénico y que además permita visualizar la vena.
9. Tomar la jeringa con el medicamento previamente ya identificado y purgarla (quitarlas burbujas de aire), dando pequeños golpecitos con la uña al cuerpo de la jeringa y empujar el émbolo con el dedo pulgar.
10. Tomar la jeringa con los dedos índice y pulgar de la mano derecha, apuntando el bisel de la jeringa hacia arriba y sujetar la vena con el dedo índice de la mano izquierda para evitar que se mueva en el momento de la punción.
11. Puncionar la vena, introduciendo el bisel de la aguja hacia arriba, tomado la vena por un lado formando un ángulo de 30° entre la jeringa y el brazo del paciente. Aspirar la jeringa una décima de cm para cerciorarse que la aguja se encuentra dentro de la vena.
12. Soltar la ligadura.
13. Introducir muy lentamente la solución del medicamento, haciendo aspiraciones periódicas de la jeringa y cerciorarse que aún se encuentra la aguja dentro de la vena. Observar y preguntar al paciente si siente alguna molestia. En caso de que presente algún síntoma o signo adverso, suspender inmediatamente la aplicación, o bien, en caso de que no se encuentre dentro de la vena, suspender la aplicación e iniciar el procedimiento.
14. Terminar de administrar el medicamento, retirar la aguja y la jeringa con un movimiento suave y hacer hemostasia por espacio de 2 minutos (presión) en el sitio de la punción con una torunda impregnada de antiséptico, o bien, colocar una tira de cinta adhesiva sobre la torunda para que haga presión (informarle al paciente que se la puede quitar después de 5 minutos).
15. Observar si existe alguna reacción adversa en el paciente, informarle que si presenta alguna reacción llame por el timbre. Dejarlo cómodo y tranquilo.
16. Desechar la jeringa en recipiente especial para material punzocortante. De acuerdo a lo establecido en la NOM 087-ECOL-1995.
17. Lavarse las manos antes de atender a otro paciente como una medida de seguridad para prevenir y controlar las infecciones intrahospitalarias.
18. Registrar en el expediente clínico el medicamento administrado con la hora, fecha y si hubo reacciones especiales en el paciente.

VALORACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES PEDIÁTRICOS.

Los valores considerados normales se ubican dentro de rangos y en el caso particular de la pediatría, estos rangos varían según la edad y en algunos casos también con el sexo. Los cuatros principales signos vitales son: frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, tensión arterial, temperatura, y pulsioximetría.

FRECUENCIA RESPIRATORIA.

La frecuencia respiratoria (FR), es el número de veces que el niño respira por minuto. Se suele medir cuando está en reposo, y varía según la edad. La frecuencia respiratoria debe ser el primer signo vital evaluado, dado que la ansiedad y la agitación alteran la frecuencia basal. En condiciones que aumenten las necesidades metabólicas del niño como el ejercicio, el dolor, y la fiebre, la frecuencia respiratoria es mayor a la normal.

PULSO ARTERIAL / FRECUENCIA CARDÍACA.

El pulso arterial es la onda pulsátil de la sangre percibida con los dedos, que se origina con la contracción del ventrículo izquierdo del corazón y que resulta en la expansión y contracción regular del calibre de las arterias. En la mayoría de los niños, el pulso es una medida correcta de la frecuencia cardíaca, aunque bajo ciertas circunstancias tales como, las arritmias, la frecuencia central suele ser mayor que la frecuencia periférica. En este caso, el ritmo cardíaco debería ser determinado por auscultación del ápice cardíaco. El pulso arterial refleja básicamente los acontecimientos hemodinámicos del ventrículo izquierdo; su característica depende del volumen sistólico, de la velocidad de eyección sanguínea, de la elasticidad y capacidad del árbol arterial y de la onda de presión que resulta del flujo sanguíneo anterógrado.

PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DEL PULSO.

Para la toma del pulso se utiliza el dedo índice y medio colocados suavemente en el sitio reconocido del trayecto arterial sobre el relieve óseo. La presión ejercida puede aumentarse si fuera difícil encontrar el latido, lo que ya valora la amplitud del mismo. No debe utilizarse el dedo pulgar ya que puede confundirse con la propia transmisión de su pulso radial.

TENSIÓN ARTERIAL.

Una de las características más importantes de la presión arterial en la infancia es que es un parámetro variable, con una amplia distribución de valores que aumentan progresivamente con el crecimiento. Durante el primer año de vida la presión arterial sistólica aumenta en forma rápida, para posteriormente tener un incremento más lento hasta los 5 años. Entre esta edad y el inicio de la pubertad, la presión arterial sistólica aumenta 1.2 mmHg y la diastólica de 0.5 a 1 mmHg por año con mínimas diferencias entre niños y niñas.

TEMPERATURA.

La temperatura corporal es la expresión numérica de la cantidad de calor del cuerpo. Expresa el balance entre la producción de calor en el cuerpo y la pérdida. El centro termorregulador está situado en el hipotálamo. Cuando la temperatura sobrepasa el nivel normal prefijado se activan mecanismos como vasodilatación, la hiperventilación y sudoración que promoviendo la pérdida de calor. Si, la temperatura cae por debajo del nivel normal prefijado se activan mecanismos como aumento del metabolismo y contracciones espasmódicas que causan escalofríos y promueven la generación de calor.

PULSIOXIMETRÍA.

La pulsioximetría es la medición no invasiva del oxígeno transportado por la hemoglobina en el interior de los vasos sanguíneos. Se realiza a través de un instrumento denominado pulsioxímetro o saturómetro el cual consta de un transductor con dos piezas, un emisor de luz y un fotodetector, generalmente en forma de pinza y que se suele colocar en el dedo, el cual da información a través de una pantalla sobre la saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca y curva de pulso. El monitor se conecta al paciente con un cable terminado en un sensor. Se escoge el sensor sea apropiado para la edad y movilidad del paciente. Habitualmente se ajusta a un dedo de la mano o pie, pero en recién nacidos y lactantes pequeños se puede colocar en la palma de la mano o la cara anterior del pie. También existen sensores que se pueden conectar al lóbulo de la oreja, dan una lectura más rápida que las sondas digitales, pero en niños el valor obtenido de SO_2 es menos fiable. Una vez que la sonda está correctamente ajustada al dedo, es preciso esperar al menos 1 minuto hasta que se obtenga una buena onda pulsátil, lo cual puede llevar varios minutos en lactantes y en general en niños con mucha movilidad.

VALORACIÓN DE LA SALUD EN EL ADULTO.

La valoración Geriátrica Integral (VGI) es un proceso diagnóstico interdisciplinario multidimensional, enfocado en determinar el deterioro en las áreas médica, psicológica, funcional, social y familiar de una persona de edad avanzada así como sus recursos, con el fin de desarrollar un plan integral de manejo y seguimiento. Se recomienda realizar una valoración geriátrica integral a todos los pacientes mayores de 60 y más años por lo menos una vez al año en atención primaria.

El envejecimiento altera la farmacocinética y la farmacodinamia e influye en la elección, dosis y frecuencia de la administración de muchos fármacos. La farmacoterapia puede complicarse por la incapacidad de los ancianos para comprar u obtener los fármacos, o para seguir los tratamientos prescritos. La multipatología en el anciano provoca un consumo mayor de fármacos y a su vez incremento en las reacciones adversas a medicamentos.

Recomendaciones.

- ✓ En cada consulta analizar la lista de medicamentos prescritos y auto medicados, incluso los herbolarios y homeopáticos, con el propósito de identificar las posibles interacciones medicamentosas o de fármaco enfermedad.
- ✓ Asegurarse de no prescribir los medicamentos considerados como inapropiados para pacientes geriátricos de acuerdo con los criterios de Beers.
- ✓ Se recomienda empezar el tratamiento farmacológico en pacientes geriátricos con dosis bajas dentro de los límites terapéuticos y ajustarlas progresivamente.
- ✓ Se recomienda enumerar los medicamentos que toma actualmente el paciente, tomando en consideración el tiempo de uso de los medicamentos, presentaciones, dosis e intervalos de administración, así como posibles efectos adversos para poder ajustar dosis y retirar fármacos innecesarios o que pudiera provocar alguna reacción adversa.
- ✓ Se recomienda pedir al paciente traer la «bolsa» de todos los medicamentos que utiliza; de esta forma se pueden desechar medicamentos caducos o que el paciente no requiere.

TIPOS DE BAÑOS EN EL PACIENTE.

Conjunto de actividades dirigidas a proporcionar el aseo corporal y comodidad del paciente; incluye los procedimientos de higiene y limpieza de la superficie corporal y mucosas externas. Baño de regadera, de tina o bañera de esponja, baño parcial.

Objetivos:

- ✓ Satisfacer las necesidades de higiene y confort del paciente durante su hospitalización, y tratar de ofrecerle buenos hábitos de higiene para el futuro.
- ✓ Mejorar la calidad de vida de la persona que lo recibe.
- ✓ Recoger datos que permitan visualizar el estado general del paciente, así como el estado de su piel.
- ✓ Activar la circulación sanguínea.
- ✓ Establecer una relación con el paciente, alentándolo a ser tan independiente como le sea posible.
- ✓ Evitar las enfermedades de la piel más comunes, manteniendo una adecuada higiene de la piel del paciente.

Existen tres tipos diferentes de baños de paciente:

Baño en cama.

Es aquel procedimiento de aseo general del paciente mediana o totalmente dependiente, que por su condición, no tiene indicación de levantarse por lo que se realiza el baño en su unidad con el mínimo esfuerzo de éste.

Baño en ducha.

Esta técnica se realiza en aquel paciente con un grado de independencia mayor, de acuerdo al estado del paciente debe ser acompañado, o al menos supervisar el baño. Entrar y salir de la ducha del baño suele ser una maniobra en que el paciente requiera de ayuda, o al menos indicarle las medidas de seguridad con que cuenta la institución (manillas laterales). Se debe facilitar el material necesario y comprobar que la ducha está en las debidas condiciones de higiene y seguridad.

Baño en tina.

Es el baño de inmersión que se realiza en una tina, pudiendo ser de higiene y con fines terapéuticos, cuando lo permite y lo requiere el paciente. El grado de asistencia que ofrece el técnico en enfermería dependerá de la capacidad del paciente.

Zonas que requieren especial atención.

- ✓ **Axilas:** Especial atención por la posible irritación, absteniéndose de poner polvos Debajo de las mamas: Especial atención a los pliegues mamarios, por posibles irritaciones y agrietamientos
- ✓ **Ombligo:** Limpieza minuciosa por posibles restos de suciedad.
- ✓ **Genitales:** Tanto en el hombre como la mujer dejar realizar el aseo en ambos casos si el paciente es capaz de efectuarlo; si no realizar el aseo con minuciosidad, por la proliferación de gérmenes, limpiando primero el periné y después el ano.

- ✓ **Pies:** Realizar el aseo poniendo especial atención en los espacios interdigitales, observar posibles durezas, grietas, o rojeces; poner atención a posibles uñas encarnadas y pacientes con diabetes.
- ✓ **Manos:** Fomentar el autocuidado del paciente en el aseo de sus manos, siempre que sea posible. Lavar las manos siempre que entren en contacto con genitales, orina, heces.
- ✓ **Nariz y ojos:** Realizar el lavado en el caso de los ojos desde la cuenca interna hacia la externa, para no obstruir el drenaje de la glándula lacrimal; poner especial atención en pacientes comatosos, cuya limpieza de fosas nasales y ojos se realizará con una gasa y suero fisiológico.
- ✓ **Cabello:** Imprescindible peinar o cepillar el cabello una vez al día, preferiblemente coincidiendo con el aseo. Deberá lavarse la cabeza al menos una vez por semana.
- ✓ **Higiene de la boca:** Después de las comidas y cuantas veces sea necesario.

SUCCIÓN GÁSTRICA.

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.

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.

LAVADO VAGINAL.

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.

¿Debo ducharme para eliminar el olor vaginal u otros problemas?

No debes usar la ducha para eliminar el olor vaginal u otros problemas vaginales como flujo, dolor, escozor o ardor. Los médicos recomiendan que las mujeres no usen la ducha vaginal. No es necesario que utilices la ducha vaginal para higienizar tu vagina. Tu cuerpo naturalmente elimina sustancias y limpia tu vagina. Cualquier olor fuerte o irritación es un síntoma de que algo está mal. La vagina se limpia naturalmente mediante la formación de mucosa. La mucosa barre con la sangre, el semen y el flujo vaginal.

Entre los trastornos de salud asociados a la ducha vaginal se incluyen:

- Vaginosis bacteriana (BV), la cual es una infección en la vagina. Las mujeres que usan la ducha vaginal con frecuencia (una vez por semana) tienen cinco veces más probabilidades de desarrollar VB que aquellas mujeres que no la utilizan.
- Enfermedad inflamatoria pélvica, que es una enfermedad en los órganos reproductivos normalmente causada por una ITS.
- Problemas durante el embarazo, incluyendo parto prematuro y embarazo ectópico.
- ITS, incluso VIH.
- Irritación o sequedad vaginal.

ENEMAS.

Los enemas evacuantes se utilizan como tratamiento del estreñimiento, fecalomas o retención fecal en general. El líquido suministrado suele ser de rápida acción, generando una respuesta en menos de veinte minutos. El enema de retención, en cambio, está pensado para que el líquido introducido en el cuerpo sea retenido un mínimo de treinta minutos. Dicha sustancia puede ser un medicamento o un líquido que permita visualizar imágenes del tracto intestinal inferior con rayos X para realizar un diagnóstico.

Precauciones a seguir:

- Extraiga el aire antes de introducir la sonda.
- Introduzca la sonda rectal en adultos, 10 cm; en niños de 5 a 7 cm y en lactantes de 2,5 a 4 cm.
- Administrarse el enema a la temperatura indicada.
- Evite la entrada de aire al recto.
- Lubrique la sonda o cánula evitando de esta forma molestias al paciente.
- Oriente al paciente que miccione antes de administrar el enema.

Material y equipo:

- ✓ Recipiente con solución indicada.
- ✓ Guantes estériles.
- ✓ Irrigador con su tramo de goma, adaptador, pinza protegida o llave de seguridad.
- ✓ Sondas rectales o cánulas.
- ✓ Lubricantes.
- ✓ Torundas.
- ✓ Hule y sábana tirante.
- ✓ Porta irrigador.
- ✓ Riñonera o similar para desechos.
- ✓ Papel higiénico.
- ✓ Cuña (si es necesario).
- ✓ Agua, jabón y toalla (si es necesario el aseo de la región por la enfermera).
- ✓ Pera o jeringa para uso en pediatría.

Procedimiento:

- ✓ Verificar la indicación médica en el expediente clínico.
- ✓ Verificar la identificación del paciente. Llamarle por su nombre.
- ✓ Trasladar el equipo y materiales a la unidad del paciente.
- ✓ Lavarse las manos.
- ✓ Explicar al paciente en qué consiste la realización del procedimiento, respetando al máximo su intimidad.
- ✓ Preparar y tener dispuesto el material. Colocar el equipo irrigador y/o la bolsa con la solución a administrar, previamente tibia a temperatura corporal en el soporte (pentapié) a una altura máxima de 50 cm sobre el nivel del paciente.
- ✓ Conectar la sonda al extremo del tubo transportador del irrigador o bolsa. Lubricar la punta de la sonda. Extraer el aire del sistema del equipo para irrigar y de la sonda. Pinzar el sistema para evitar que la solución siga saliendo.
- ✓ Colocar al paciente en posición de Sims. Decúbito lateral izquierdo con la extremidad inferior derecha flexionada, si no está contraindicado. Descubrir solamente la región.
Colocarse los guantes.
- ✓ Separar con una mano los glúteos para visualizar el orificio anal; con la otra mano introducir suavemente el extremo distal de la sonda rectal, unos 10 cm aproximadamente.
- ✓ Despinzar el sistema y dejar pasar lentamente la solución al paciente, de tal manera que éste lo tolere sin molestias. Terminar de administrar la cantidad de solución indicada.
- ✓ Pinzar el sistema y retirar suavemente la sonda, desecharla conforme lo marca la NOM 087-ECOL-1995.
- ✓ Colocar al paciente en decúbito lateral derecho. Motivar al paciente para que retenga la solución de 5 a 10 minutos.
- ✓ Colocar el cómodo al paciente y/o ayudarlo a que evacúe en el sanitario el enema y las heces fecales.
- ✓ Asear al paciente o proporcionarle los medios (papel sanitario) para que él, si está en condiciones, se lo realice solo.
- ✓ Registrar en el expediente clínico el procedimiento realizado, la cantidad de solución administrada y si se cumplió el objetivo para el cual fue administrada.
- ✓ Asimismo incluir la fecha, hora, características de la eliminación e incidencias durante el procedimiento.

La higiene personal es el cuidado propio por el que las personas se ocupan de funciones como el baño, el aseo, la higiene corporal general y el acicalamiento. Afecta al cuidado de la piel, cabello, uñas, dientes, cavidades bucal y nasal, ojos, oídos y regiones perineal y genital. La higiene del paciente es una intervención básica de enfermería que tiene como objetivo proporcionar bienestar y comodidad, a la vez que constituye una importante medida de lucha contra las infecciones. Administrar los medicamentos de manera segura es una de las prácticas más importantes de la atención sanitaria, ya que son diferentes factores que se deben tener en cuenta: estado del paciente, medicamento y dosis a administrar, estado correcto de la vía, y horarios de administración.

