

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

NOMBRE: IRMA ROXANA HERNANDEZ LOPEZ

UNIDAD: 4 GRUPO: B

MAESTRA: JUANA INES HERNADEZ LOPEZ

CARRERA: LICENCIATURA DE ENFERMERIA

MATERIA: FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA III

ACTIVIDAD: ENSAYO



TIPOS DE BAÑOS EN EL PACIENTE

Para los pacientes la higiene es una actividad básica y fundamental necesaria para obtener una serie de beneficios físicos y psicológicos, por ejemplo, Mantener la piel en buen estado para cumplir su función de barrera, aprovechar el momento de la higiene para valorar el estado de la piel (coloración, turgencia, aparición de úlceras, etc.), mejorar la autoestima del paciente al evitar el mal olor y conseguir así la sensación de bienestar, favorecer la relación y comunicación del paciente con el equipo de enfermería, transmitir técnicas de autocuidado y permitir que el paciente participe en su higiene en la medida de lo posible antes de realizar cualquier técnica de higiene, es imprescindible que tengamos en cuenta una serie de consideraciones generales como – Mantener la intimidad del paciente, usar elementos de separación con el resto de los pacientes, como biombos y cortinas, tener la puerta cerrada y asegurarnos que el paciente no es visible a través de las ventanas, tener todo el material preparado antes de empezar para evitar salir de la habitación durante la realización de la técnica.

Podemos dividir las técnicas de aseo de pacientes en dos grupos, aseo general: son las técnicas de baño del paciente que incluyen aseo en ducha o bañera y aseo del paciente encamado, aseo parcial: incluye aseo del cabello, aseo genital, higiene oral y cuidado de las uñas.

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.

Aseo parcial Estas técnicas se realizarán según las necesidades del paciente, se realiza el aseo de zonas específicas del paciente, como un aseo genital antes de un sondaje; aseo de cabello; aseo de cara, ojos y oídos. Baño en bañera o ducha:

se realizará siempre que el paciente pueda incorporarse de la cama y se realizará en la bañera o ducha con la ayuda del auxiliar.

Según Kozier (Enfermería Fundamental, Interamericana-mcgraw Hill) existen:

1. Baño en cama: pueden mantener movilidad en la cama, pero no puede levantarse de ella, no obstante, colabora en la realización de él y en los cambios posturales durante la higiene.
2. Baño completo en cama: el paciente se encuentra encamado y sin movilidad por lo cual el auxiliar deberá realizar el procedimiento, desde el aseo del cabello a todas las partes del cuerpo.
3. Baño parcial: se realiza el aseo de zonas específicas del paciente, como un aseo genital antes de un sondaje; aseo de cabello; aseo de cara, ojos y oídos.
4. Baño en bañera o ducha: se realizará siempre que el paciente pueda incorporarse de la cama y se realizará en la bañera o ducha con la ayuda del auxiliar.

En este artículo nos vamos a centrar exclusivamente en el aseo del paciente completo en cama.

El aseo del paciente encamado como antes hemos mencionado se realizará siempre y cuando el paciente no pueda incorporarse e inclusive realizar cambios posturales en la cama.

Es importante reconocer la relación que existe entre el baño en cama como actividad de cuidado básica y la comodidad al usar los elementos que la teoría como tal proporciona para optimizar los resultados del cuidado en pacientes que así lo requieran. A pesar de la importancia que posee un adecuado conocimiento para realizar un procedimiento como lo es el baño en cama, ya sea por su condición clínica, creencias o cultura

SUCCIÓN GÁSTRICA.

En este presente documento se llevará a cabo una breve introducción he investigación sobre un técnica los son pacientes que reciben estos cuidados básicos que son hospitalizados, el cual son usuarios de atención primaria o personas dependientes, nos referimos sobre la succión gástrica lo cual es una técnica que permite vaciar el contenido del estómago para evitar que pase al resto del tubo digestivo y se absorba. Para ello se introduce una sonda a través de la nariz o la boca, y se extiende a través del esófago hasta llegar al estómago. Con esta sonda se puede absorber el contenido estomacal (por eso al lavado gástrico también se le llama 'succión gástrica'), y se puede meter agua que limpie el interior del estómago. Es una técnica que realizan diariamente médicos o enfermeras en ingresos hospitalarios y servicios de urgencias. Aunque es fácil de realizar y muy útil, no deja de ser una técnica invasiva que debe limitarse a las situaciones en que sea necesaria.

Objetivos:

1. Establecer un medio de drenaje por aspiración o gravedad para eliminar líquidos y/o gases del aparato digestivo.
2. Administrar medicamentos y/o alimentos directos a la cavidad gástrica.
3. Recolectar muestras del contenido gástrico con fines diagnósticos.
4. Realizar lavado gástrico.
5. Administrar alimentación enteral.
6. Administrar medicamentos.
7. Prevenir bronco aspiración en usuario(a) con disminución de conciencia.
8. Contribuir a establecer el diagnóstico de salud.

Técnicas como el lavado gástrico han permitido salvar la vida de muchas personas ante intoxicaciones graves voluntarias o involuntarias. Su facilidad de ejecución y su coste económico, han permitido que sea una técnica muy efectiva y muy utilizada en los hospitales de todo el mundo, un lavado gástrico se realiza ante las siguientes situaciones:

1. Sacar del estómago sustancias tóxicas o venenos ingeridos accidentalmente.
2. Extraer sobredosis de medicamentos, que pueden haberse tragado accidentalmente o por voluntad propia.
3. Comprobar la presencia de sangre fresca dentro del estómago, para poder descartar un sangrado activo si no lo hay.
4. Limpiar el interior del estómago de sangre o alimentos antes de realizar una gastroscopia.
5. Descomprimir el interior del estómago cuando existe una obstrucción intestinal; con la sonda el aire sale por la boca y el estómago no se hincha.
6. Tomar muestras de los jugos gástricos, para analizar su composición química o buscar microorganismos.

Una de las en que se puede realizar el examen es introduce una sonda a través de la nariz o la boca, pasando por el esófago hasta llegar al estómago. Algunas veces, se puede administrar un anestésico con el fin de minimizar la irritación y el reflejo nauseoso a medida que se introduce dicha sonda. Los contenidos estomacales se pueden extraer utilizando la succión inmediatamente o después de irrigar con agua a través de la sonda. El paciente podrá lograr sentir durante el examen O puede experimentar una sensación de náuseas a medida que se va introduciendo la sonda.

La prueba recomendada para confirmar que la sonda se encuentra en el estómago es la aspiración de parte del contenido gástrico, utilizando una jeringa insertada en el extremo de la sonda, y su análisis de acidez con papel tornasolado, tiras o papel indicadores de pH con un intervalo de 0 a 6 con graduación en medios puntos. Si el aspirado proviene del estómago, la acidez hará que el papel tornasolado de color azul adopte un color rosado. Se utiliza la gráfica indicadora suministrada con la tira reactiva de pH para comparar el cambio de color con la tira, y así identificar el pH del contenido gástrico y la colocación correcta del tubo, para concluir Se lleva a cabo la succión gástrica se lleva acabo para vaciar los contenidos del estómago y su propósito generalmente es para realizar exámenes o para extraer

materiales tales como venenos o otras situaciones como fueron mencionados con anterioridad en el texto.

LAVADO GENITAL

El tema que vamos a desarrollar nos brindara información indispensable ya que es el resultado de una técnica que lograr incorporar la correcta ejecución del aseo genital con Propósito de Lograr disminuir tasa de ITU, para mantener limpios los genitales del paciente con el fin de cubrir sus necesidades de higiene y prevenir las infecciones, Este procedimiento se aplica en todos los pacientes que lo requieran. Para llevar acabo se necesita Palangana con agua templada, Esponja y jabón neutro, una Cuña, toallas, guantes Monouso recuerde que la responsabilidad es de la enfermera o enfermero.

para realizar el aseo de genitales explique e informe a la persona las acciones que realizará, por respeto y por su tranquilidad y promueva la participación o la colaboración de su familiar o para saber si tiene alguna molestia, previamente reúna todo el material necesario antes de iniciar la tarea, cierre puertas y ventanas para evitar cambios de temperatura, evite movimientos bruscos o dolorosos. no desabrigue innecesariamente, evite realizar gestos que puedan incomodar a su familiar si la persona puede realizar la tarea por sí misma, acompañe y proporcione el material necesario. recuerde siempre fomentar la independencia y autonomía, observe las condiciones de los genitales para pesquisar irritaciones o secreciones no naturales, para iniciar el procedimiento prepare los materiales necesarios y trasladarlo a la habitación del paciente

1. Realizar lavado de manos.
2. Informar al paciente del procedimiento a realizar.
3. Preservar su intimidad.
4. Colocarse los guantes monouso.
5. Preparar el agua a la temperatura adecuada.
6. Colocar al paciente en decúbito supino.
7. Desnudar al paciente y cubrirlo parcialmente con la sabana, dejando al descubierto la zona a lavar.

Para realizar el lavado genital en el varón: Retirar el prepucio del pene del paciente. Lavar y enjuagar, no secar, ya que la humedad lubrica e impide la

fricción, Devolver el prepucio a su posición con el fin de evitar el edema y la fricción, Colocar al paciente en decúbito lateral. -Limpiar la parte superior y lados del escroto, enjuagar y secar bien.

Para llevar a cabo el lavado genital en la mujer: Colocar a la paciente en posición ginecológica, Separar los labios de la zona vulvar con una mano, y con la otra lavar bien en dirección supra púbica hasta el periné, Enjuagar y secar, Colocar a la paciente en decúbito lateral, Limpiar el área rectal desde periné a región anal, Vestir a la paciente, por ultimo Retirarse los guantes y Anotar el procedimiento en la historia de enfermería

1. Llevar acabo el REGISTROS en Historia Clínica: fecha, hora, hallazgos, nombre, apellido, firma y nº de reloj del operador.
2. Observaciones: Si el/la paciente es portador de sonda vesical se realizará limpieza desde el meato a la zona más distal de sonda vesical, limpiar parte inferior de escroto y región anal, enjuagar y secar bien, si se observa la piel del periné irritada, no aplicar jabón. El riesgo que afecta la técnica es que el paciente tiene riesgos de transmisión de infecciones por arrastre y Trauma.

Para concluir con el tema del lavado genital se define como el Aseo de la zona perianal, comprendida por pubis, genitales externos y región perianal se realiza como parte del aseo diario. Para arrastrar en forma mecánica restos de orina, deposiciones, microorganismos u otros exudados de la zona genitourinaria.

ENEMAS

En este presente ensayo se desarrollará el tema el cual en el ámbito hospitalario es una práctica muy frecuente y habitual. El estreñimiento es el trastorno intestinal por el que más se administra el enema, con especial incidencia en mujeres y mayores de 65 años, considerando estreñimiento cuando se producen menos de 3 evacuaciones intestinales por semana, hay que esforzarse para evacuar en más del 25% del total de las defecaciones, las heces son de consistencia dura, seca o con forma de bola y existe sensación de una evacuación intestinal incompleta.

Enema es el procedimiento de introducir líquidos en el recto y el colon a través del ano pueden llevarse a cabo por razones médicas (como tratamiento del estreñimiento) y como parte de terapias alternativas o tradicionales.

Últimamente se ha usado también en embarazadas, ya que la ingesta de hierro produce cierto estreñimiento, y además los puntos de sutura en la zona vaginal son muy dolorosos durante los primeros días, de esta forma se asegura una forma menos dolorosa de hacer de vientre. Las personas que realizan el coito anal suelen emplearlos previamente por razones de higiene.

En la disminución del peristaltismo, la dieta baja en fibras, ingesta de líquidos insuficientes y la vida sedentaria son factores influyentes que vuelven más lenta la propulsión de heces a través de las vías intestinales inferiores, ocasionando estreñimiento, impactación fecal y obstrucción. En los ancianos la debilidad muscular y tono del esfínter disminuido y/o presencia de algunos procesos patológicos también hace que el peristaltismo se vea disminuido, además, la estimulación directa o bloqueo del sistema nervioso autónomo, debilidad de los músculos intestinales y algunos medicamentos como la codeína, morfina, adrenérgicos y anticolinérgicos, hacen que se relajen los músculos lisos de las vías gastrointestinales inhibiendo así el peristaltismo.

Se entiende por enema a la introducción o instilación de una solución acuosa en el recto o parte inferior del colón descendente, según el propósito que se desee lograr.

El término enema también da nombre al utensilio con que se realiza el procedimiento e incluso a la acción misma de introducir la solución acuosa en el organismo. Cabe destacar que esta práctica no es inocua, por lo que sólo debe realizarse bajo prescripción facultativa. El objetivo es Establecer los diferentes tipos de enemas, sus finalidades y técnica de empleo por parte del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, favorecer la eliminación de gases y materia fecal, favorecer la limpieza del intestino, desintoxicar el organismo, disminuir la distensión abdominal, complementar tratamientos, suministrar tratamientos o medios de diagnóstico.

El enema de retención es la introducción lenta por vía rectal de solución medicamentosa o diagnóstica para ser retenido o absorbido, administrar medicamentos para efectos locales o generales y administrar sustancias con fines de diagnóstico por otro lado el enema por colostomía es el procedimiento por el cual se introduce líquido en el colon a través de la estoma intestinal y administrar algún medicamento para facilitar la limpieza intestinal.

Para concluir En los problemas intestinales la valoración del Enfermería es fundamental, ya que el estreñimiento puede generar complicaciones derivadas del esfuerzo durante la defecación, incluyendo además dolor y distensión abdominal, confusión, náusea y vómito por rebosamiento, obstrucción abdominal o perforación intestinal, apertura de suturas en pacientes post operados, problemas en pacientes cardiopatas o con lesiones cerebrales que pueden conllevar a complicaciones serias.