

*Nombre del Alumno Casandra Guillen Najera*

*Nombre del tema cuidados de enfermería*

*Parcial 2°*

*Nombre de la Materia “Fundamentos de Enfermería lll”*

*Nombre del profesor María del Carmen López*

*Nombre de la Licenciatura ¨Enfermería¨*

*Cuatrimestre Tercero*

*Comitán de Domínguez, Chiapas*

 *07/06/2023*

**Baño del paciente**

Existen tres tipos diferentes de baños de paciente. Baño en cama; Baño en ducha, Baño en tina, Baño en cama. Es aquel procedimiento de aseo general de la paciente mediana o totalmente dependiente, que, por su condición, no tiene indicación de levantarse por loque se realiza el baño en su unidad con el mínimo esfuerzo de éste.

**Baño de regadera en ducha**

**Definición**

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

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.

**Material**

* Toalla.
* Toallitas.
* Jabonera con jabón.
* Silla.
* Camisón o pijama.
* Silla de ruedes si es necesario.
* Shampoo.

**Precauciones**

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

**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.
* Ayúdalo a secar la espalda y miembros inferiores, la humedad ayuda al crecimiento de microorganismos.
* Ayude a vestirse y trasládelo a la unidad del paciente.
* Descarte la ropa sucia.
* Termine con el arreglo personal del paciente, proporcionándole seguridad emocional y confort.
* Deje el equipo limpio y en orden.
* Lávese las manos.
* Haga anotaciones del expediente clínico del paciente si es necesario, permite el seguimiento sistemático y oportuno de la atención del paciente.

**Baño de tina**

**Definición**

Es la higiene que se proporciona al paciente, durante su estancia hospitalaria.

**Objetivo**

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

**Material**

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

**Procedimiento**

* Realiza lavado de manos y explica al paciente el procedimiento de acuerdo con 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**

**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.

**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.

**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

**Equipo**

* Carro Pasteur con charola con cubierta que contenga: 2 palanganas con agua a temperatura de 43.3 a 46.1 ˚C
* 3 toallas fricción.
* 2 toallas grandes·
* Jabonera con jabón.
* Sábana auxiliar.
* Artículos de higiene personal.
* Guantes.

**Procedimiento**

* 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 pie, lavar la pierna con movimientos largos, enjuagar y secar.
* Repetir el mismo procedimiento con la otra pierna.
* Remojar ambos pies del paciente en la palangana antes de lavárselos.
* Lavar, enjuagar y secar muy bien ambos pies.
* Lavar el lavamanos, cambiar de agua, de toallita fricción y toalla grande.
* Ayudar al paciente a acostarse de lado y extender una toalla longitudinalmente y sujetarla debajo del paciente. Proceder a lavar, enjuagar, secar y dar masaje a la espalda.
* Cambiar de agua y se pide al paciente que se asee su región púbica.
* Cambiar de agua y lavarle las manos.
* Si el paciente no puede hacerlo por sí mismo, se calzan los guantes para lavar, enjuagar y secar la región púbica.
* Ayudar al paciente a ponerse el camisón o pijama.
* Colocar ropa de cama.
* Dejar cómodo al paciente.
* Retirar el equipo y darle los cuidados posteriores a su uso.
* Lavarse las manos.
* Hacer anotaciones en la nota de enfermería. A) Hora y fecha. B) Problemas detectados. C) Estado de la piel. D)

**Baño en cama**

**Definición**

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

**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.

**Materiales**

* 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.
* Bidet, pato.
* Impermeable.
* Gasa estéril cantidad suficiente.
* Aplicadores.
* Suero fisiológico.
* Canastas de papel.
* Semiluna.
* Vaso.

**Procedimiento**

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

**Lavado gástrico**

El lavado gástrico es una técnica invasiva con la que se consigue vaciar el contenido del estómago para evitar que los tóxicos ingeridos de forma accidental o voluntaria pasen al resto del tubo digestivo y se absorba. Se consigue introduciendo una sonda a través de la nariz o la boca hasta llegar al estómago.

**Objetivo**

* Eliminar sustancias tóxicas de la cavidad gástrica por dilución en el líquido de lavado y por arrastre mecánico.

**Material**

* Sonda naso gástrica.
* Gasas.
* Lubricante hidrosoluble.
* Jeringa de 50 ml cono ancho.
* Fonendoscopio.
* Solución de lavado (Agua, suero fisiológico, carbón activado...)
* Cubeta de recogida del líquido eliminado (batea, bolsa recolectora...)
* Cinta adhesiva o dispositivo de sujeción.

**Cuidados de enfermería**

* Explicar la atención que se le va a prestar, si está consciente.
* La posición del paciente más adecuado para esta técnica es la de decúbito lateral izdo, aunque podemos introducirla en posición de semisentado para posteriormente lateralizar al paciente hacia el lado izdo.
* Lavado de manos y colocación de guantes monouso.
* Aplicar la técnica de colocación de la sonda naso gástrica.
* Revisar la correcta colocación en cavidad gástrica.
* Extraer cierta cantidad de contenido gástrico que reservaremos para estudio de sustancias tóxicas y/o sangre.
* Inyectar suavemente (preferible por gravedad) la solución prescrita. El volumen indicado en niños será de 10 ml/Kg; en adultos no se superará la cantidad de 500 ml. No se forzará la entrada del líquido.
* Retirar la cantidad administrada conectando la sonda a una bolsa colectora, pudiendo ejercerse una aspiración controlada con la jeringa, para favorecer la salida. No se forzará la salida del líquido.
* El número de intercambios a realizar debe ser el suficiente para que el líquido obtenido esté libre de restos.
* Registrar el procedimiento, las características y el volumen del líquido aspirado.
* Tapar la sonda, conectarla a la bolsa colectora o retirarla, según finalidad y P.P.F.
* Realizar la higiene bucal correspondiente.

**Succión gástrica**

Es un procedimiento para vaciar los contenidos del estómago. La aspiración gástrica se utiliza para mantener vacío el estómago mediante la introducción de una sonda y aplicando algún tipo de aspiración. Por lo general se lleva a cabo en las siguientes circunstancias:

* Obstrucción intestinal.
* Íleo paralítico.
* En el período preoperatorio para una intervención gástrica o abdominal (ej. úlcera gástrica perforada o varices esofágicas y gástricas).
* En el período postoperatorio (ej. gastrectomía parcial o colecistectomía).

**Objetivo**

Es un procedimiento para vaciar los contenidos del estómago.

* 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 el paciente tiene obstrucción en los intestinos.

**Nombres alternativos**

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

**Procedimiento**

* Reunir y preparar el equipo y asegurarse de que está actuando satisfactoriamente para fomentar la seguridad y la eficiencia del procedimiento.
* Lavarse las manos para fomentar el control de las infecciones.
* Explicar el procedimiento de enfermería al paciente y asegurarse de que comprenda el procedimiento para obtener su consentimiento y cooperación. Alentar a los pacientes para que sean colaboradores activos en su cuidado.
* Explicar al paciente que hay un leve riesgo de hemorragia nasal durante el procedimiento.
* Asegurar la privacidad del paciente para mantener la dignidad y su sentido de individualidad.
* Ayudar al paciente a adoptar una posición cómoda y relajada en la medida de lo posible, para que se siente erguido e inclinado hacia delante, sea en la cama o en una silla, con objeto de facilitar la inserción del tubo.
* Observar al paciente durante toda esta actividad para detectar cualquier signo de malestar o ansiedad.
* Medir la distancia aproximada desde la nariz del paciente hasta su estómago y poner una marca en la sonda nasogástrica de manera que se pueda tener un indicio de cuándo el tubo se encuentra en la región del estómago.
* Ponerse los guantes.
* Retirar las prótesis dentales al paciente, si las lleva, y colocarlas en un recipiente marcado.
* Pedir al paciente que sople por la nariz y que aspire por cada fosa nasal a la vez, o que se limpie las fosas nasales si es necesario para facilitar la introducción de la sonda.
* Verificar si el paciente tiene algún defecto nasal, hipersensibilidad o antecedentes de un procedimiento quirúrgico nasal; cambiar a la otra fosa nasal si la primera parece estar bloqueada. No utilizar demasiada fuerza, ya que esto puede lesionar la mucosa nasal.
* Lubricar el tubo.
* Pedir al paciente que se relaje en la medida de lo posible mientras se introduce el tubo. Esto facilita la introducción de la sonda.
* Insertar la sonda y deslizarla con suavidad, pero con firmeza hacia dentro y atrás a lo largo del suelo de la nariz hasta la nasofaringe.
* Pedir al paciente que trague y respire a través de la boca cuando el tubo llegue a la faringe, y que mantenga el mentón hacia abajo y la cabeza hacia delante, para poder ayudar a la introducción del tubo. Esto se realiza para tratar de superar el reflejo nauseoso de la faringe. La deglución ayuda al paso del tubo por el peristaltismo.
* Si la sonda se atora, girarla lentamente y avanzar en dirección hacia el oído, sin forzarla, o retraerla con suavidad y comenzar de nuevo. Pedir al paciente que abra la boca para tratar de que el tubo no se enrolle en la parte posterior de la garganta.
* Si el paciente comienza a toser, hay un cambio en su estado respiratorio o cianosis, retirar el tubo, ya que esto indica que se ha introducido en las vías respiratorias.
* Cuando el tubo ha llegado a la distancia marcada, confirmar, mediante una prueba, que se encuentra en el estómago.
* Fijar el tubo a la nariz con cinta una vez confirmada su ubicación en el estómago.
* Aspirar el contenido gástrico. El médico indicará succión continua o intermitente.
* Asegurarse de que el paciente se sienta lo más cómodo posible, para mantener la calidad de este procedimiento.
* Eliminar con seguridad el equipo para reducir cualquier riesgo sanitario.
* Documentar de forma apropiada este procedimiento de enfermería, vigilar los efectos secundarios y comunicar de inmediato cualquier dato anormal, proporcionando un registro escrito y ayudando a la implementación de cualquier medida necesaria en caso de que se advierta alguna anomalía o una reacción adversa al procedimiento.

**Equipo material**

* Carrito.
* Guantes desechables.
* Cubierta protectora para el paciente.
* Recipiente para prótesis dentales.
* Equipo para la limpieza de las fosas nasales si es necesario.
* Sonda nasogástrica.
* Lubricante (ej. agua helada o jalea hidrosoluble).
* Agua para dar sorbos.
* Jeringa para la punta del catéter.
* Papel tornasolado.
* Tiras o papel indicador de pH.
* Recipiente para el líquido aspirado.
* Recipiente para los materiales desechables utilizados.
* Cinta hipoalergénica.
* Estetoscopio.
* Bomba de succión.
* Bolsa de drenaje o espita.
* Gráfica para balance de líquidos.

**Enemas en el paciente**

Un enema es una solución líquida y acuosa que se introduce por vía rectal a través del ano, con el fin de estimular el intestino y provocar la eliminación de heces. Se introduce con una cánula y puede tener fines terapéuticos o diagnósticos.

Enema evacuatorio o de limpieza: El más frecuente, útil para lograr la limpieza del intestino. Indicado en estreñimiento, para una limpieza intestinal previa a una prueba radiológica o para una intervención quirúrgica. Este es el tipo de enema en el que se va a centrar el artículo.

Enema carminativo o lavativa de Harris: útil para la eliminación de gases intestinales.

Enema de retención: útil para administración de medicación o alguna exploración radiológica como un enema opaco de bario. En este caso se retiene en el intestino por unos 20-30 minutos.

**Material**

* Guantes desechables.
* Gasas, papel higiénico, compresas.
* Termómetro para verificar la temperatura adecuada del enema.
* Empapadores de cama.
* Ropa de cama de cambio.
* Batea, palangana y/o cuña.
* Bolsa para desechar el material.
* Sonda rectal.
* Lubricante hidrosoluble.
* Solución para la irrigación.
* Pinzas de Kocher (en caso de que no lleve llave de paso el equipo de irrigación).
* Sistema de irrigación en los casos que sea necesario y un soporte para el mismo.
* Material para el aseo posterior del paciente (esponjas jabonosas, toallas, palangana).

**Consideraciones previas al procedimiento a tener en cuenta**

* Se comprobará de nuevo la identidad del paciente.
* Se le informará detalladamente con un lenguaje claro y conciso, sin tecnicismos sobre la técnica que se le va a realizar, el motivo por el cual se le realiza. Se solicita su consentimiento verbal.
* Se le indicará que para la correcta realización del procedimiento deberá colocarse en una posición: decúbito lateral izquierdo, estando la rodilla derecha ligeramente flexionada o también llamada posición de Sims. Explicándole que esta postura permite la correcta visualización de la anatomía del ano, además de facilitar que fluya mejor por gravedad a lo largo de todo el sistema intestinal (colon sigmoide y descendente), favoreciendo la retención del mismo.
* Se solicitará su posible colaboración durante todo el procedimiento siempre que sea posible.
* Se le insistirá en la gran importancia que tiene la retención del enema el mayor tiempo posible para así mejorar los resultados esperados.
* Informarle que puede sentir cierta molestia a nivel abdominal al introducir la solución irrigadora.
* Se cerrarán todas las puertas, manteniendo en todo momento la intimidad del paciente, así como se evitarán las corrientes de aire.
* Si es necesario se bajará las cortinillas o se colocará un bambú para separar las camas en caso de ser una habitación compartida.

**Procedimiento**

* Lavado de manos previo.
* Colocación de guantes no estériles.
* Preparación de todo el equipo de irrigación e incluso el purgado en los casos que sea necesario, dejando cerrada la llave de paso para evitar la salida de la solución.
* Se comprueba la temperatura correcta del enema (entre 37 y 40º C) para evitar posibles quemaduras.
* Le indicaremos que deberá colocarse en decúbito lateral izquierdo con la pierna derecha flexionada.
* Se le descubre la zona.
* Se coloca el empapador.
* Se pone lubricante en una gasa y se pasa por la sonda rectal.
* Se separa la nalga superior con la mano no dominante y se observa la zona del ano.
* Le ordenamos al paciente que realice una inspiración profunda y espire lentamente, ya que con ello se logrará la relajación del esfínter externo del ano.
* Coincidiendo con una espiración, cuando la presión abdominal es nula, se introduce la punta de la sonda rectal, con un pequeño movimiento rotatorio y siguiendo una dirección como hacía el ombligo, hacia arriba y hacia atrás (coincidiendo con la dirección del intestino grueso).
* Cantidades de solución a introducir: Adulto: 7,5-10 cm, Niño: 5- 7,5 cm, Bebé: 2,5-3,5 cm. 1,2,5
* En caso de que al introducir la sonda note resistencia nunca hay que forzar la entrada. Habrá que indicarle al paciente que siga realizando respiraciones profundas para relajar el esfínter.
* Una vez introducida la sonda rectal, habrá que abrir la llave de paso o despinzar el sistema irrigador para dejar que vaya saliendo la solución lentamente.
* El irrigador se colocará unos 30-35 cm por encima del ano, de tal forma que la infusión se vaya realizando lentamente y de forma continua (vigilar la entrada para evitar la entrada rápida.) 2. Cuanta más altura del irrigador, más rapidez de infusión habrá
* Consideraciones a tener en cuenta durante la irrigación:
* Si el paciente refiere quejas de plenitud abdominal o incluso calambres intestinales, habrá que actuar cerrando rápidamente la llave de paso por lo menos 30 segundos o se puede bajar la altura del irrigador para que la infusión se realice de forma más lenta.
* Si hay síntomas de cuadro vagal, se detiene inmediatamente la irrigación.
* En caso de detenerse la entrada de líquido de forma brusca o desciende la velocidad, habrá que rotar la sonda por si pudiera haber algún resto fecal obstruyendo el orificio de la sonda rectal.
* Si al paciente que se le va a introducir el enema tiene incontinencia fecal, se valorará la posibilidad de introducir una sonda rectal con balón.
* Si padece de hemorroides en la zona externa, le recomendaremos al paciente que trate de hacer fuerza como para defecar, para facilitar la entrada de la sonda.
* Una vez irrigado todo el líquido, se cierra la llave de paso o se pinza para evitar las entradas de aire al intestino.
* Se retira la sonda rectal lentamente.
* Se le recomienda al paciente intentar retener el enema durante unos 10-15 min.
* Cambio de posición a decúbito supino, para ayudar a la retención.
* Recogida de todo el material empleado.
* Retirada de guantes y lavado minucioso de manos.
* Una vez que haya pasado el tiempo o cuando el paciente ya no pueda retener el enema más, se procede a ayudar al paciente a realizar la higiene, o se proporciona el material necesario para que realice la higiene de forma autónoma y se observará el aspecto de las heces.
* Cuando haya terminado el procedimiento hay que realizar un correcto registro del mismo, indicando la cantidad irrigada, el tiempo retenido, si ha sido efectivo o no, el aspecto de las heces (Cantidad, color, olor, consistencia) y si ha habido alguna complicación o incidencia durante la realización.

# Bibliografía

(s.f.). Obtenido de https://enfermeria.top/apuntes/procedimientos/p18-aspiracion-gastrica/

(s.f.). Obtenido de https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-el-lavado-gastrico-13022950

(s.f.). Obtenido de https://www.studocu.com/ec/document/universidad-regional-autonoma-de-los-andes/endodoncia/banos-del-paciente-apuntes-1/20802574

(s.f.). Obtenido de https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003882.htm

*Botella Dorta C. Administración de un enema de limpieza [sede Web].* . (s.f.). Obtenido de https://www.fisterra.com/ayuda-en-consulta/tecnicas-atencion-primaria/administracion-enema-limpieza/