



Mi Universidad

Nombre del Alumno

Meyling Yusin Nucamendi Velázquez

Nombre del tema

Ensayo

Parcia

3do parcial

Nombre de la Materia

FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA III

Nombre del profesor

MARIA DEL CARMEN LOPEZ SILBA

Nombre de la Licenciatura

Enfermería General

Cuatrimestre

3do cuatrimestre

Baños en el paciente hospitalizado

Baño en cama:

limpieza del cuerpo con agua y jabón en la cama del usuario, cuando este está incapacitado para hacerlo por sí mismo o tiene indicación para guardar reposo.

Objetivos:

- Proporcionar comodidad y bienestar físico al usuario(a) eliminando sustancias de desecho de la piel
- Observar la integridad cutánea y otros signos físicos relacionados con la salud del usuario(a).
- Favorecer la circulación periférica y la ejercitación de músculos y articulaciones

Material y equipo:

- Agua
- Gasas
- Aplicadores
- Torundas
- Jabón
- Jícara
- Toalla
- Champú
- Crema
- Sabanas
- Ropa limpia
- Corta uñas
- Guantes
- Bata

Procedimiento:

Presentarse e identificar al usuario(a) y familia; informar del procedimiento, solicitar el consentimiento.

Colocar ropa en la silla, según orden establecido de arriba hacia abajo: paño, bata, sábana inferior, ahulado sábana movable, cruzado sábana superior, cobija, colcha y funda.

Ofrecer privacidad al usuario(a) por medio de biombo o cortina y/o cerrar la puerta.

Mantener la higiene de manos y colocarse el equipo protector (bata y guantes)

Valorar la condición general de salud y el estado de conciencia general del usuario(a) antes de iniciar el baño.

Iniciar el baño limpiando los ojos de adentro hacia afuera con torundas de algodón humedecidas. Limpiar las fosas nasales con aplicadores, el pabellón auricular con torundas de algodón y terminar de limpiar la cara con el paño y luego secar.

Colocar un ahulado con sábana movable debajo de los hombros y la cabeza.

Sostener la cabeza con una mano y colocar la palangana debajo (según la condición de la persona).

Verter agua (valorar la condición de la temperatura y las necesidades de la persona) sobre el cabello; aplicar pequeña cantidad de champú o sustituto y masajear hasta hacer espuma.

Verter agua tibia sobre la cabeza cuantas veces sea necesario hasta retirar el shampoo o acondicionador. Retirar la palangana.

Secar la cabeza y el cuello; retirar el ahulado y la sábana movable.

Colocar al usuario(a) en posición cómoda.

Cepillar el cabello en forma suave y lenta.

Colocarse guantes.

Con el pañito húmedo y con jabón, limpiar de la mano hasta la axila en forma rotatoria. Retirar el jabón de la misma forma y posteriormente ofrecer el paño para el secado de estas áreas siguiendo igual orden; ofrecer desodorante, talco o bicarbonato para las axilas, limpiar y cortar las uñas. Iniciar con el otro brazo.

Con el pañito húmedo y con jabón, limpiar el cuello y tórax; dar atención a región sub mamaria de la mujer.

Dejar el paño sobre el tórax y doblar la sábana hasta el pubis. Lavar el abdomen y limpiar el ombligo con aplicaciones, secar con el paño y cubrir con la sábana.

Si la condición del usuario lo permite, ofrecer pañito, jabón y agua; de lo contrario, la enfermera debe realizar todo el procedimiento Voltear al usuario para proceder a lavar la espalda y los glúteos con jabón y agua. Si el usuario está inconsciente o grave, voltearlo para el lado de la enfermera (o) que está realizando el baño.

Secar la espalda y los glúteos; aprovechar que el usuario está de lado y hacer masaje con movimiento circular utilizando crema, dando énfasis a las prominencias óseas; realizar percusión para facilitar el drenaje de secreciones.

Cubrir al usuario colocando camisa o bata. En caso de usuarios con venoclisis, poner la bata o camisa del lado que tiene vía endovenosa. Lo mismo se hará si el usuario tiene yeso o alguna lesión.

Baño asistido:

Baño que se le realiza al usuario(a) que, por su estado de salud, requiere la ayuda del personal de enfermería.

Objetivos:

Proporcionar comodidad y bienestar físico al usuario(a) eliminando sustancias de desecho de la piel.

Fortalecer en el usuario(a) la independencia funcional para que realice las actividades de la vida diaria.

Material y equipo:

- Agua
- Gasas
- Aplicadores
- Torundas
- Jabón
- Jícara
- Toalla
- Champú
- Crema
- Sabanas
- Ropa limpia
- Corta uñas
- Guantes
- Bata

Succión gástrica

Colocación de sonda nasogástrica y succión gástrica.

Introducción de una sonda por uno de los orificios nasales hasta la cavidad gástrica. La succión gástrica se utiliza para vaciar el contenido del estómago, para realizar un análisis o para extraer elementos irritantes tales como venenos, sustancias tóxicas y otros.

Objetivos:

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

Material y equipo:

- Campo o paño
- Guantes
- Lubricante
- Sonda nasogástrica
- Jeringa
- Riñonera
- Fijador
- Vaso con agua
- Gasas
- Marcador
- Bolsa recolectora

Procedimiento:

- Colocar el campo cerrado o el paño alrededor del cuello y parte del tórax.
- Colocarse los guantes.
- Medir la longitud de la sonda que introducirá de la siguiente manera: La distancia que existe entre el punto de la nariz y el lóbulo de la oreja. Sumar la distancia que hay entre el lóbulo de la oreja y el apéndice xifoides. Establecer hasta cuál marca de las que ya trae la sonda, debe introducir. Lubricar el extremo proximal de la sonda.
- Elegir la fosa nasal, e introducir la sonda nasogástrica hasta la marca que previamente había identificado.
- Indicar al usuario(a) que degluta constantemente, y que respire en forma lenta y tranquila mientras introduce la sonda. (El usuario(a) puede saborear trozos de hielo, envueltos en gasa, si su condición lo permite).
- La posición de Fowler alta y la cabeza sujeta a la almohada, facilitan la introducción, ya que la gravedad contribuye al paso del tubo.
- Verificar que la sonda esté en el sitio correcto de la siguiente manera: Sumergir el extremo distal de la sonda en la copa o vaso con agua y comprobar que no produzca burbujas.
- Aspirar contenido gástrico con la jeringa asepto.
- Recoger la muestra de jugo gástrico con la jeringa asepto según indicación médica y verter en el recipiente rotulado para el efecto.
- Fijar la sonda utilizando el sujetador para sonda nasogástrica.
- Rotular la sonda nasogástrica con: fecha, hora y nombre de la persona de enfermería que realizó el procedimiento.

Lavado genital:

Es el lavado de los genitales externos y la región perineal

Objetivos:

- Prevenir irritaciones e infecciones en la zona perineal.
- Evitar infecciones, después de intervenciones quirúrgicas urogenitales.
- Fomentar hábitos de higiene.
- Proporcionar comodidad y bienestar.

Material y equipo:

- Jabón líquido
- Isodine líquido
- Torundas
- Guantes
- Pañal o sabana
- Solución salina
- Comodo (si es requerido)

Procedimiento:

aseo perineal femenino

- Verter jabón líquido en el monte de Venus, los genitales y la cara anterior del muslo.
- Limpiar el monte de Venus con una torunda de algodón; hacer movimientos horizontales desde el monte de Venus hacia el ombligo. Descartar la torunda.
- Limpiar con otra torunda el labio mayor distal, desde el clítoris hacia el periné, con movimiento vertical en una sola dirección y luego descartar la torunda.
- Repetir el paso anterior, con el labio mayor proximal y los labios menores en la misma secuencia; utilizar una torunda cada vez y descartar.
- Deslizar otra torunda por el centro de la vulva con movimiento vertical y descartar.

- Lavar con otra torunda la región del muslo distal de adentro hacia fuera, con movimientos verticales haciendo énfasis en el pliegue inguinal y descartar.
- Realizar el mismo procedimiento con el muslo proximal. Verter agua tibia sobre el monte de Venus y los genitales.
- Repetir los pasos anteriores a fin de eliminar el jabón. Secar las zonas lavadas con las torundas de algodón en la misma forma y secuencia que en las acciones anteriores.
- Colocar a la usuaria en posición de Sims (decúbito lateral izquierdo), limpiar y secar la zona perianal, desde la hendidura bulbar hasta el ano.

Enemas

introducción de un catéter rectal a través del esfínter anal hasta el recto e introducir líquidos en forma lenta de por vía rectal, para favorecer la evacuación de heces del intestino o complementar tratamientos.

Objetivos:

- 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

Material y equipo:

- Guantes
- Solución salina
- Pañal o trapo
- Bolsa de enema
- Lubricante
- Sonda rectal
- Pinzas
- EPP

Procedimiento:

- Preparar el equipo de enema (hacer conexión de hule al tanque y a la sonda rectal por medio de la cárpula cerrada).
- Verter en el tanque 500 cc de agua estéril tibia si es un enema y 100 cc si es un micro enema. Agregar los otros componentes indicados (medicamentos, aceite mineral u otro).
- Extraer el aire de la conexión dejando salir unos 5 cc del líquido. Pinzar la sonda.
- Asegurar un ambiente de privacidad al usuario(a) durante el procedimiento.
- Ayudar al usuario a adoptar la posición de SIMS izquierdo (decúbito lateral, con brazo izquierdo a lo largo del cuerpo, pierna derecha flexionada).
- Cubrir al usuario con la sábana movable, dejando descubierto la zona anal.
- Colocar ahulado y sábana movable debajo de los glúteos del usuario(a)
- Lubricar el extremo distal de la sonda rectal.
- Solicitar al usuario(a) que respire profundamente por la boca, para permitir la relajación del esfínter anal.
- Introducir la sonda rectal aproximadamente 10 centímetros, en dirección al ombligo (esta dirección sigue el trayecto anatómico del intestino grueso). Despinzar la sonda y pasar suave y lentamente la solución. Elevar con la mano libre el tanque por encima de los hombros (aproximadamente 60 cm sobre el nivel de la cama) o colocar en el soporte del gigante.
- Mantener al usuario(a) cubierto con sábana. Pinzar la sonda y retirar la sonda rectal al terminar la solución de pasar.
- Higienizar la zona perianal, en caso necesario.
- Colocar el bidé al usuario(a).
- Colocar el equipo en la parte inferior del carro y trasladarlo al cuarto séptico.
- Dar cuidado posteriormente al equipo.
- Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.

Bibliografía

UDS.2023.ANTOLOGIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA III.PDF

<https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/libro/LEN/973609a11604dfa288ca1dba5241310e-LC-LEN301%20FUNDAMENTOS%20DE%20ENFERMERIA%20III.pdf>