

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Pasión por educar

ASIGNATURA:

Fundamentos de enfermería III

CATEDRÁTICO:

María Del Carmen López

TEMA:

Resumen

ALUMNA:

Karen Jazziel Bautista Peralta

LICENCIATURA:

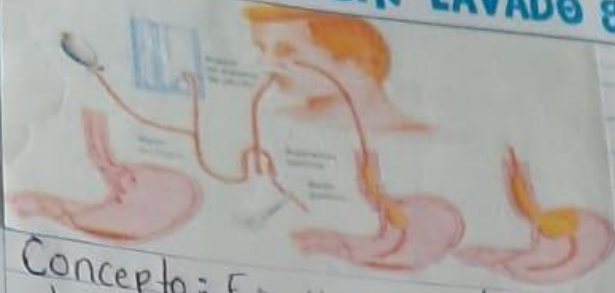
Enfermería

CUATRIMESTRE:

Tercero

Pichucalco, Chiapas a 30 de Julio del 2020

TECNICA SOBRE LAVADO GASTRICO



Concepto: Es un procedimiento cuya creación se atribuye a Kussmaul a medidas del siglo XIX. Consiste en la colocación de un tubo orogástrico con el fin de aspirar y administrar pequeñas cantidades de líquido para así evacuar el tóxico que aún se encuentre almacenado en el estómago.

Objetivo: Realizar el lavado gástrico con una técnica adecuada para conseguir efectividad y reducir las posibles complicaciones.

Material: Guantes, gasas, sonda gástrica de tipo Levin (una sola luz) o Salem (dos luces), lubricante hidrosoluble, jeringa de 50 ml de cono ancho que se adapte a la sonda, recipiente o bolsa colectora, esparadrapo, fonendoscopia, equipo de aspiración, solución salina.

Técnica:

- Coloque la sonda gástrica según el procedimiento al respecto. Si utiliza una sonda de un calibre igual o superior a 36 F, realice la técnica de inserción orogástrica.
- Coloque al paciente en decubito lateral izquierdo, con la cabeza de 10 a 15° en declive.
- Coloque un paño o sábana sobre el paciente, junto con una batata.
- Lubrique abundantemente la sonda. Pida al paciente que aprese la barbilla sobre el paciente, posición que facilitará la introducción de la sonda al esófago. Ante la aparición de tos, estridor o cianosis

- retire la sonda de inmediato y ceintente la introducción esofágica.
- Verifique la colocación de la sonda, bien aspirando contenido gástrico o bien introduciendo unos 30 ml de aire con la jeringa mientras escucha con el fonendoscopio su entrada en el estómago.
 - Antes de iniciar el lavado gástrico, extraiga el mayor contenido gástrico posible, procediendo a la recolección repetida de la punta de la sonda.
 - Una vez finalizada la aspiración de contenido gástrico, coloque la sonda en su posición correcta y fíjela con esparadrapo.
 - Introduzca y extraiga, repetidamente, la solución salina isotónica templada, según los siguientes volúmenes:
 - 150 a 300 ml en adultos
 - 10 a 15 ml/kg en niños
 - La presión suave sobre el abdomen, en la zona gástrica, antes de cada extracción de líquido, favorece la recuperación del mismo.
 - El líquido debe fluir con facilidad y drenarse sin dificultad por gravedad. Si no es así, es posible que la sonda esté mal colocada o acodada, por lo cual proceda a su reubicación.
 - El volumen total de líquido a introducir será aproximadamente de 1 litro adicional, después de que el líquido recuperado sea totalmente claro.
 - Una vez finalizado el lavado gástrico, administre carbón activado según procedimiento.
 - Retire la sonda gástrica cuando se estime que ya no es necesaria. Para ello pince u ocluya el extremo libre para evitar la salida de contenido gástrico durante la extracción. Si no puede extraerla con facilidad, no fuerce la maniobra, ya que podría encontrarse acodada o atrapada a causa de un espasmo esofágico.

Indicaciones:

- Finalizado el procedimiento, mantener el cabecero de la cama ligeramente elevada (30°)

TECNICA SOBRE ASPIRACION GASTRICA



Concepto: Es un procedimiento habitual en los cuidados de enfermería y utilizado durante décadas con el fin principal de evacuar sustancias tóxicas del estómago.

Objetivo: Eliminar las secreciones gástricas aliviar la distensión abdominal y/o mantener la permeabilidad de los tubos gástricos, mediante aspiración continua o por efecto gravedad.

Material: Agua o SSF, bolsa de orina, Bolsa p/ sistema aspiración conexión recta, guantes u.s.u. no estériles, jeringa de 50 cc., material del procedimiento, registros, tubo para aspiración.

Equipo:

- Aspirador eléctrico intermitente
- Equipo del procedimiento
- Soporte para sistema de aspiración.
- Toma de vacío (vacuómetro).

Procedimiento:

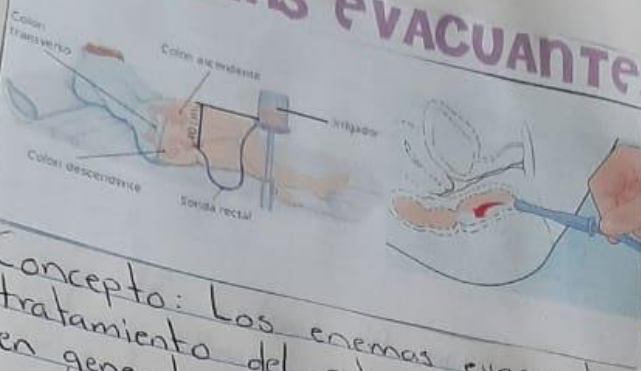
1. Realizar el procedimiento del sondaje nasogástrico
2. Ajustar el manómetro a la presión adecuada, en caso de que se utilice aspirador.
3. Conectar la sonda al equipo de aspiración o a bolsa de caída libre.
4. Vigilar la permeabilidad de la sonda: el líquido fluye lentamente por la sonda.
5. Movilizar en caso de detectar obstrucción por posibles adherencias o acodamientos.
6. Hacer lavados de la sonda en caso de obstrucción (introducir agua o SSF).
7. Comprobar la permeabilidad con la jeringa.
8. Recoger el material.
9. Retirarse los guantes.
10. Realizar lavados de manos.
11. Anotar en los registros las características y cantidad del drenado.

Se considera un procedimiento contraindicado en:

1. intoxicaciones leves
2. ingesta de cáusticos y sustancias corrosivas en general.
3. cirugía gastroesofágica reciente
4. estenosis esofágica

• Las complicaciones asociadas con la aspiración gástrica incluyen: molestias en oído y garganta, vómitos, náuseas, dolor nasofaríngeo, tos, respiración sibilante, sinusitis, neumonía y atelectasias.

ENEMAS EVACUANTES



Concepto: Los enemas evacuantes se utilizan como tratamiento del estreñimiento, fecalomas o retención fecal en general.

Objetivo: Lograr, por medio de las sustancias que se introducen y promover la defecación, pasar medio de contraste y como tratamiento o limpieza de la porción terminal del colon.

Material y equipo:

- Sistema irrigador y la bolsa para enema desecable.
- La bolsa desecable es más apropiada por ser práctica en su uso.
- Sonda rectal prelubricada.
- Solución para administrar.
- Guantes desecables.
- Lubricante hidrosoluble.
- Soporte para la solución (pentapiel).
- Cómodo (papel higiénico).
- Pinzas de clamp en caso necesario.
- Bolsas para desechos.

Procedimiento:

1. Verificar la indicación médica en el expediente médico.
2. Verificar la identificación del paciente. Llamarle por su nombre.
3. Trasladar el equipo y materiales a la unidad del paciente.
4. Lavarse las manos.
5. Explicar al paciente en qué consiste la realización del procedimiento, respetando al máximo su intimidad.

6. Preparar y tener dispuesto el material. Colocar el equipo irrigador y/o bolsa con la solución a administrar, previamente tibia y temperatura corporal en el soporte (pentapié) a una altura máxima de 50 cm sobre el nivel del paciente.
7. 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. Extraer, Pinzar el sistema para evitar que la solución siga saliendo.
8. Colocar al paciente en posición de Sims. Decubito lateral izquierdo con la extremidad inferior derecha flexionada, si no está contraindicado. Descubrir solamente la región.
9. Colocarse los guantes.
10. 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.
11. 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.
12. Pinzar el sistema y retirar suavemente la sonda, descharla conforme lo marca la NOM 087-ECOT-1995
13. Colocar al paciente en decubito lateral derecho. Motivar al paciente para que retenga la solución de 5 a 10 minutos.
14. Colocar el cómodo al paciente y lo ayudarlo a que evacúe en el sanitario el enema y las heces fecales.
15. Asear al paciente o proporcionar le los medios (papel sanitario) para que él, si está en condiciones, se lo realice solo.
16. 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.

Contraindicaciones: Después de operaciones recientes del colon o recto o cuando a ocurrido infarto del miocardio, así como en el paciente con afecciones abdominales agudas, como presunta apendicitis.

Debe aplicarse con cuidado al paciente con aritmia. Los enemas que contengan sodio deben usarse con precaución en personas con poca tolerancia y en los casos con trastornos por retención de sal de la solución del enema.

Cuidados posteriores

- Observar el estado del paciente, por si sufre: molestias abdominales, mareo, seducción, hipotensión, etc.
- Valorar la efectividad del enema.
- Ayudarle a la higiene corporal cuando sea necesario.

TECNICA SOBRE LAVADOS VAGINALES



Concepto: Procedimiento mediante el cual se lava la vagina con agua o una solución de limpieza.

Objetivo: Mantener la higiene necesaria en la región genital de la paciente, y evitar o disminuir la infección.

Material y equipo:

Cuña

Palangana con agua tibia.

Toalla

Gel

Torundas de algodón

Pinzas (procurando que sean de anillas)

Guantes

Compresas

Procedimiento:

- Informar a la paciente sobre la técnica a realizar y pedir su colaboración.
- Proporcionar intimidad a la paciente.
- Lavar las manos y poner guantes.
- Colocar a la paciente en decúbito supino con las rodillas flexionadas y separadas (abducción).
- Descubrir el área genital.
- Colocar la cuña
- Verter sobre la vulva agua tibia con la solución antiséptica
- Limpiar con torundas de algodón empapadas de jabón antiséptico los labios mayores, cambiar la torunda, separar los labios mayores para lavar los pliegues, de arriba abajo, terminando en el ano.
- Aclarar con agua tibia

- Secar con torundas de algodón, siempre de arriba hacia abajo.
- Retirar la curia
- Girar a la paciente de lado y secar la zona perineal desde la vagina hacia el ano.
- Desechar las torundas de algodón y todo el equipo desechable dentro de una bolsa
- Acomodar a la paciente.
- Sacar guantes
- Lavar manos
- Registrar en la hoja de comentarios de enfermería las incidencias que hubiera.

Indicaciones:

- La temperatura del agua debe ser de 36°C
- Se aconseja que antes de iniciar este procedimiento la paciente orine o defecue.
- Retirar la compresa de arriba abajo, si la tuviese (esto evita arrastrar la porción contaminada proveniente de la región del recto hacia la porción limpia de la vulva).
- Observar la región perineal: áreas de inflamación, exorriación o edema (ante todo, en la vulva), de secreciones excesivas o de malos olores.

Si la paciente presenta:

- Episiotomía: observar si la zona está enrojecida, o tiene los puntos infectados; mantener seca la región del perineo para facilitar la cicatrización; disminuir la irritación y el olor desagradable
- Hematomas: aplicar alguna crema
- Hemorroides: aplicar hielo o pomadas antihemorroides

La zona perineal y genital debe quedar muy seca, ya que la humedad facilita la proliferación de diversos microorganismos

TECNICA DE BAÑO DE ESPONJA EN EL PACIENTE ENCAMADO



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.

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
- Sabana auxiliar
- Artículos de higiene personal
- Guantes.

Procedimiento:

- Lavarse las manos
- Preparar el equipo y llevarlo a la unidad del paciente
- Identificar al paciente
- Dar preparación psicológica

- Dar preparación física:
 - a) Aislarlo.
 - b) Posición de decúbito dorsal.
 - c) Acercar al paciente a la orilla de la cama.
- 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 ropa de encima
- Acercar las palanganas con el agua a temperatura conveniente
- Ayudar al paciente a quitarse el camisón o pijama
- Iniciar el baño aseando cada porpado con movimientos suaves en sentido de la nariz a la sien, utilizando para ello la toalla fricción colocada a manera de guante y sin ponerle jabón
- Después asear la cara sin jabón, continuar lavando orejas, cuello y parte superior de los hombros, enjuagar y secar.
- Colocar una toalla grande debajo del paciente, proceder a lavarlo con movimientos largos, sostener el brazo desplazándolo a su máxima amplitud normal de movimientos y lavar región axilar. Enjuagar y secar con la misma toalla.
- Repetir el mismo procedimiento con el otro brazo
- Permitir que el paciente se remoje las manos antes de proceder a lavarlas, enjuagar y secar las manos
- Colocar una toalla sobre el tórax para proteger el pecho del paciente, lavar la región torácica y abdomen, enjuagar y secar
- Cambiar el 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 lavarlos
- Lavar, enjuagar y secar muy bien ambos pies
- Lavar el lava manos, 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