



**Nombre de alumnos: Laura
Guadalupe Álvarez Gómez**

**Nombre del profesor: María del
Carmen López Silba**

Nombre del trabajo: Técnicas

**Materia: Fundamentos de la
enfermería**

Grado: 3° cuatrimestre

Grupo: "A"

Comitán de Domínguez Chiapas a 30 de julio del 2020.

LAVADO GÁSTRICO

• Es el procedimiento donde se introduce una sonda naso gástrica por nariz o boca a la cavidad gástrica.

• Objetivos:

- Suministrar alimentos a la cavidad gástrica del paciente para nutrirlo.
- Administrar medicamentos a la cavidad gástrica con fines terapéuticos.
- Eliminar líquidos y gases por descomposición del aparato digestivo alto.
- Determinar la cantidad de presión y actividad motora en el tubo digestivo.
- Tratar pacientes con obstrucción mecánica y con hemorragia en el tubo digestivo.
- Obtener muestra de contenido gástrico.

• Equipo y material: Charola con:

- Sonda nasogástrica (Levin) calibre 12 a 18F, de preferencia desechable.
- Vasija con agua fría o trozos pequeños de hielo.
- Vaso con solución fisiológica o lubricante hidrosoluble.
- Pinzas hemostáticas
- Bandeja en forma de riñón para secreciones o vomitos.
- Cinta hipoalérgica de 2.5 a 3cm.
- Hisopos, gasas.
- Toallas o compresas.
- Colín de hule o plástico.
- Guantes.
- Pañuelos desechables.
- Estetoscopio.
- Abatelenguas.



TECNICA DE INTUBACIÓN NASOGÁSTRICA

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
1 Lavarse las manos.	• El agua y el jabón sirven de arrastre mecánico a los microorganismos patógenos.
2 Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad Clínica dejando la sonda en un recipiente con hielo.	• La acción del frío sobre el material de hule es endurecedor, situación que facilita el paso de la sonda. • Las sondas están hechas de silicón, hule o poliuretano, son de diámetros pequeños y muy flexibles, reduce irritaciones. • La comprobación de la permeabilidad de la sonda evita las complicaciones en el paciente.
3 Explicarle el procedimiento al paciente y colocarlo en posición sentada o de Fowler o semifowler.	• La rectitud anatómica del tracto digestivo facilita la deglución y por ende el paso de la sonda.
4 Asear nariz o boca con hisopos o gasas con alcohol, dependiendo del tipo de intubación.	• La nariz o boca son cavidades que comunican con el tubo digestivo. • Una cavidad libre de moco, líquido y exudados se encuentran permeable.
5 Proteger la parte anterior del tórax con hule y toalla y colocar de bajo del mentón la bandeja-riñón.	• Las medidas de protección previenen de lesiones en algunos órganos del cuerpo.
6 Intubar de la forma siguiente: • Calzarse los guantes • Extraer la sonda del hielo para medir la parte que se va introducir. • Humedecer la sonda con solución fisiológica.	• La longitud de la sonda, desde la punta de la nariz al lóbulo de la oreja. • Algunas sondas poseen marcas en las distancias apropiadas para introducir las al estómago, duodeno o yeyuno. • Las sondas están provistas de marca radiopaca y de un revestimiento activo por agua que proporciona una superficie lubricada.

LAVADO GÁSTRICO.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
6	<ul style="list-style-type: none">• La lubricación reduce la fricción entre mucosa y sonda.• La introducción de materiales oleosos en la tráquea pueden desarrollar neumonía.• Por acción de la gravedad la sonda es atraída al estomago.• Los paraximos de los indican la ubicación de la sonda en la tráquea.
7	Fijar la sonda con sintehipocloruro • La fijación adecuada de la sonda impide su retiro
8	Realizar el procedimiento de acuerdo con el objetivo deseado • El cumplimiento de los objetivos previenen de traumas emocionales y fisiológicos así mismo se cumple con un tratamiento y cuidado integral.
9	Vigilar el estado del paciente, la permeabilidad de la sonda y la velocidad del flujo. • El uso bucal frecuente y la aplicación de una mezcla de limón y glicerina mantienen limpia las mucosas y permeables las glándulas. • Una irrigación frecuente a la sonda con pequeñas cantidades de solución salina asegura su permeabilidad constante.
10	Logrados los objetivos se retira la sonda con una pinza o fuerza, previa explicación al paciente y retiro las cintas de • La respiración profunda y espiración lenta ayudan a prevenir la aspiración de líquidos. • Un movimiento rápido y continuo y seguro durante la inspiración facilita la extracción de sonda. • La intubación prolongada puede producir erosiones de la piel a nivel del orificio nasal, sinusitis, fistula, úlcera gástrica e infección pulmonar o bucal.
11	Desechar la sonda o lavarla con agua corriente para su esterilización dependiendo del tipo de material. • El uso de material desechable proviene de infecciones hospitalarias.

• Posibles Complicaciones:

- Sangrado menor, por rasgar la pared del tubo digestivo al pasar la sonda.
- Paso de la sonda a la tráquea, provocando a veces una neumonía.
- Espasmos de las cuerdas vocales, reactivo que impide la respiración durante unos segundos.
- Lesiones durante la técnica, de la pared del esófago o del estómago a veces llegando a hacer un agujero que requiere cirugía.
- Problemas provocados por la sedación, como puede suceder en otros procedimientos.
- Paso del contenido gástrico al intestino delgado, al empujarlo con la sonda.

Indicaciones:

El lavado gástrico se debe emprender en un plazo no mayor de 60 minutos tras la ingestión del tóxico y puesto que a una técnica no exenta de riesgos, no debe realizarse de forma rutinaria sino que se reservara única y exclusivamente para aquellas intoxicaciones que sean graves y puedan poner potencialmente en peligro la vida del paciente.

Recomendaciones:

- Nunca deje solo al paciente durante el lavado gástrico.
- Mantenga la sonda gástrica permeable.
- Tenga a la mano el equipo para la aspiración traqueal.
- En pacientes inconscientes aspire con frecuencia la cavidad oral durante el procedimiento para prevenir la bronco aspiración.
- Drene el contenido gástrico en su totalidad antes de administrar cualquier solución irrigadora.

ENEMAS EVACUANTES

Concepto. Es la instalación de una solución dentro del recto y colon sigmoides.

• **Objetivos.**

- Fomentar la defecación por medio de la estimulación del peristaltismo.
- Mejorar en forma temporal el estreñimiento.
- Evacuar el contenido intestinal con fines diagnósticos o terapéuticos.
- Introducir soluciones con fines terapéuticos.

• **Equipo y material:**

- Charola con equipo comercial de enema desechable o irrigador con tubo de conexión reutilizable.
- Adaptador.
- Sonda de látex calibre 12 a 18 Fr, para niños o 22 a 23 Fr, para adultos.
- Lubricante
- Pinzas hemostática
- Gasas
- Bandeja - riñón.
- Papel higiénico
- Guantes limpios.
- Cinta adherible para fijación de sonda rectal
- Cómodo.
- Trípode.
- Protector de hule.
- Solución prescrita a temperatura de 37 a 40°C.



TIPOS DE ENEMAS	
NOMBRE	CONTENIDO
• Enema preparado de forma comercial (solución hipertónica).	De 90 a 120 ml de solución hipertónica como el fosfato sódico (debe seguirse las instrucciones del fabricante).
• Solución salina (solución isotónica)	9 ml de cloruro de sodio en 1000 ml de agua.
• Agua corriente (solución hipotónica)	De 500 a 1000 ml de agua de la llave (grifo).
• Agua con jabón (espuma)	De 3 a 5 ml de jabón blanco suave en 500 a 1000 ml de agua corriente.
• Aceite	De 90 a 120 ml de aceite preparado de forma comercial (mineral, oliva, semilla).

TECNICA DE INSTALACION DE ENEMA EVACUANTE

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
1 Informar al paciente sobre el procedimiento.	• La actitud del personal de enfermería influye en la actitud del paciente para obtener su colaboración.
2 Preparar el equipo en el cuarto de trabajo y trasladarlo a la unidad clínica	• La preparación del equipo previa al procedimiento, ahorra tiempo y esfuerzo al personal de enfermería.
3 En caso de no contar con equipo comercial, adaptar tubo de conexión y sonda al irrigador y purgaria.	• La presión de los gases contra las paredes intestinales provocan dolor y molestias. • El aire introducido en el recto causa distensión innecesaria.
4 Doblar colcha y cobertor hacia la pretera, retirar la almada y colocar al paciente en posición de Sims izquierda.	• Un mínimo de ropa sobre el paciente facilita las maniobras durante el procedimiento. • La disposición anatómica del recto favorece el paso de la solución, por gravedad. • La humedad en la ropa favorece la aparición de úlceras.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<p>5 Separar los glúteos e introducir el extremo proximal del equipo comercial o bien lubricar la sonda e introducir de 7.5 a 10 cm con lentitud en el recto en dirección del ombligo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un mínimo de ropa sobre el paciente facilita las maniobras durante el procedimiento. • La inserción lenta evita el espasmo del esfínter. • La eficiencia del procedimiento depende de la tranquilidad y reposo del paciente. • El recto es una cavidad séptica de 18 a 20 cm de largo, en el que se realizan procesos que liberan gases.
<p>6 Administrar con lentitud la solución, colocándola a una altura de 30 a 45 cm para un enema alto, 30 cm para un enema normal y 7.5 cm para un enema bajo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A mayor altura, mayor presión en la solución. • Las terminaciones nerviosas del recto son sensibles al cambio de temperatura. • Las variaciones de temperatura en el recto estimulan el peristaltismo.
<p>7 Controlar la salida de la solución contenida en el equipo comercial o en el irrigador.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La presencia de dolor o molestia está determinada por el espasmo muscular del colon. • La cantidad de solución que se introduce por enema depende del tipo de este, edad y estado del paciente.
<p>8 Vigilar las reacciones del paciente durante la introducción de la solución.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Las afecciones del conducto gastrointestinal final, inactiva física, parálisis. • Los movimientos bruscos favorecen la expulsión de la sonda. • La persistencia de molestias o atención abdominal indican el logro de los objetivos trazados en el procedimiento.
<p>9 Extraer la sonda, descompactar la del tubo y cubrirlo con papel higiénico colocada en bandeja -rinón e indicar al paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El control de los esfínteres anales es voluntario en condiciones normales. • Los enemas de retención reblandecen las heces. • La comprensión del comportamiento humano influye de manera positiva en la atención al paciente.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<p>10 Indicar al paciente que vaya al sanitario o coloque sobre un comodo (previa protección de la cama con un hule) y ofrecerle papel higienico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La posición sedente facilita la expulsión del contenido intestinal. • La ropa húmeda es un factor que predispone a la formación de úlceras por presión.
<p>11 Retirar el comodo cubriéndolo con protector y llevarlo al cuarto séptico para observar las características del material expulsado y para asearlo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La ventilación en la unidad Clínica es factor físico integrante del ambiente terapéutico.
<p>12 Lavar las manos del paciente y dejarlo comodo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El agua y el jabón eliminan los microorganismos saprofitos de la piel.
<p>13 Elaborar el informe respectivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Las observaciones concernientes a cantidad y tipo de eliminación intestinal están en relación con hábitos.

LAVADO VAGINAL

La ducha vaginal consiste en lavar o limpiar la parte íntima de la vagina con agua u otras mezclas de líquido. La mayoría de las duchas se venden entendidas como mezcla, previamente preparadas de agua y 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 la vagina.

• Objetivo

- Mantener la higiene necesaria en la región genital de la paciente y evitar o disminuir una infección.

• Material y equipo

- Cuña
- Palangana con agua tibia
- Toalla
- Gel
- Torundas de algodón
- Pinzas (procurando que sean de anillo)
- Guantes
- Compresas.

Procedimiento o técnica:

- 1 Informar al paciente sobre la técnica a realizar y pedir su colaboración.
- 2 Proporcionar intimidad a la paciente.
- 3 Lavar las manos y poner guantes
- 4 Colocar a la paciente de cubito supino con las rodillas flexionadas y separadas (abducción).
- 5 Descubrir el área genital.
- 6 Colocar la Cuña.

QUIRÓFONO

- 7 Verter sobre la vagina agua tibia con la solución antiseptica
- 8 Limpiar con las torundas de algodón empapadas de jabón antiseptico los labios mayores, cambiar torundas, separar los labios menores para lavar los pliegues de arriba abajo, terminando en el ano.
- 9 Aclarar con agua tibia
- 10 Secar con torundas de algodón, siempre de arriba hacia abajo.
- 11 Retirar la cuña
- 12 Girar a la paciente de lado y secar la zona parietal desde la vagina hacia el ano.
- 13 Desechar las torundas de algodón y todo el equipo desechable dentro de una bolsa.
- 14 Acomodar a su paciente
- 15 Sacar guantes
- 16 lavar manos.
- 17 Registrar en la hoja de comentarios de enfermera las incidencias que hubiera.



TÉCNICA DE BAÑO DE PACIENTE ENCAMADO

Se refiere a la limpieza general que se proporciona al paciente hospitalizado en su cama, cuando no puede o no le está permitido deambular para hacerlo por el solo en bañarse regadera o tna.

• Objetivos:

- El baño elimina las células muertas, secreciones, sudor.
- Favorecer la función circulatoria por medio de la movilización.
- Se brinda comodidad y bienestar.

• Indicaciones:

- Fractura de cadera
- Desorientados
- Por estado de salud no pueden abandonar la cama.

• Material y equipo:

- 2 recipientes (1 con agua fría, 1 agua caliente).
- Lavamanos o lebrillo.
- Recipiente para agua sucia.
- Jabonera con su respectivo jabón.
- 1 o 2 toallas grandes.
- Torundas de algodón.
- Camison o pijama.
- Aplicadores.
- Juego de ropa para cama.
- Talco.
- Loción.
- Recipiente para ropa sucia.



TECNICA DE BANO DE PACIENTE ENCAMADO.	
INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
1 Preparar el equipo en el cuarto de trabajo.	• Un equipo integrado disminuye esfuerzo y optimiza intervenciones de enfermería.
2 Explicar el procedimiento y ofrecerle un cómodo y orinal.	• Las medidas higienicas contribuyen a que se sientan cómodos y descansados.
3 Cerrar la puerta, ventanal, cortinas o colocar un biombo si es necesario.	• La comunicación favorece las relaciones interpersonales entre los individuos. • Una habitación libre de corrientes de aire y con temperatura de 20 a 23°C. • Las corrientes bruscas de aire influyen en la aparición de problemas respiratorios.
4 Retirar los utensilios de la mesa de noche y limpiarla con paño húmedo al igual que la silla.	• El orden y la reducción del número de microorganismos aumenta la seguridad del medio.
5 Trasladar el equipo a la unidad clínica, colocando los artículos para baño en la mesa de noche o mesa puente y sobre la silla.	• La integración y colocación integrada del equipo, previa a la realización del procedimiento, evita o disminuye la pérdida de tiempo y energía.
6 Aflojar la ropa de la cama iniciando por la cabecera del lado contrario al que se encuentra el bco.	• Al mover y sacudir la ropa sucia se esparcen microorganismos patógenos por el aire.
7 Colocar una toalla sobre el torax del paciente y realizar el cepillado bucal si el cató, retirar y colocar.	• El mal aliento disminuye al retirar los depósitos de placa dentobacteriana blanda y sarro.
8 Retirar la ropa al paciente (bata o pijama)	• Una maniobra cuidadosa y posición correcta del arco, evita lesión en el sitio de canalización y retorno sanguíneo en el catéter de infusión.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
9 Colocarlo en posición de decúbito dorsal, retirar la almohada y acercar la cabeza sobre el borde proximal coma	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajar lo más cerca del paciente reduce el esfuerzo de los músculos y como consecuencia la fatiga.
10 Colocar una toalla sobre el torax del paciente e introducir el cojín de Kelly por debajo de los hombros.	<ul style="list-style-type: none"> • El uso del cojín Kelly o hule protege la ropa de la cama asegurando una corriente constante de agua.
11 Indicar al paciente que coloque su cabeza sobre el cojín Kelly o hote.	<ul style="list-style-type: none"> • Una posición correcta disminuye el esfuerzo y previene de lesiones.
12 Proteger los conductos auditivos externos con torundas	<ul style="list-style-type: none"> • El oído externo está constituido por el pabellón auricular y el conducto auditivo externo.
13 Verter agua templada con la jarra sobre el cuello y cabeza del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • La exposición prolongada al frío produce vasoconstricción periférica importante. • La temperatura corporal depende del flujo sanguíneo existente.
14 Aplicar jabón o Champú friccional con las yemas de los dedos la superficie del cuero cabelludo.	<ul style="list-style-type: none"> • A mayor número de microorganismos mayor cantidad y concentración del agente destructor.
15 Enjuagar de forma constante dejando que el agua escurra a la cubeta por acción de la gravedad.	<ul style="list-style-type: none"> • El agua corriente favorece al arrastre mecánico de los microorganismos. • La gravedad es la fuerza de atracción ejercida por la tierra.
16 Retirar las torundas de los conductos auditivos. Envolver el cabello con una toalla y elevar la cabeza del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • El secado perfecto de la piel ayuda a prevenir irritaciones y lesiones. • La seborrea se debe a la hiperactividad de las glándulas sebáceas.

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
17 Afectar la cara del paciente si el varón y proceder a lo siguiente: - Conservar la toalla en el torax - Colocar espuma o jabon en la mejilla parte superior.	El agua caliente y baño o espuma reblandecen los tejidos disminuyendo la coherencia de la piel sana e intacta previene la perdida de agua, regula la temperatura impermeable a la mayoría de los microorganismos.
18 Colocar una toalla facial sobre el torax y asear ojos con torundas húmedas.	El jabon irrita la piel y las mucosas El agua y jabon eliminan polvo, grasa y sebo superficial.
19 Con un paño húmedo lavar y enjuagar la cara iniciando por la frente.	El exceso de alcalinidad del jabon libera la grasa protectora de la piel.
20 Colocar la toalla afelpada debajo del brazo distal y lavar, enjuagar, secar con movimientos giratorios.	La piel contiene abundantes nervios cutaneos sensitivos para la percepcion del dolor. El sudor, secrecion de glandulas sebaceas y polvo atmosferico.
21 Limpiar los espacios subunguales y si es necesario cortar las uñas.	Los espacios subunguales son fuente de contaminacion.
22 Lavar, enjuagar y secar la parte anterior del torax y abdomen cubriendo con una toalla y asear la cicatriz.	un baño con agua tibia favorece el descanso y sueño del paciente. Una piel sana e intacta es resistente a varios agentes quimicos nocivos.
23 Lavar el brazo proximal en igual forma que el distal y terminar de colocar el camuon sin atarlo.	Una epidermis sana depende de un cuerpo sano. La piel sana e intacta previene la perdida de agua y es resistente a varios agentes quimicos.
24 Colocar al paciente en decubito lateral contrario al que se esta trabajando extendiendo una toalla sobre la cama.	Una piel enrojecida es sintoma por ulceras. Los movimientos aumentan la circulacion sanguinea.

Bibliografía:

UDS. Antología de fundamentos de la enfermería y libro de Eva Reyes. Utilizada el 30 de julio del 2020.