



Nombre del alumno: Yohana Verenisse López Cruz

Nombre del profesor: M^{ASS}. María del Carmen Silba López

Nombre del trabajo: técnicas

Materia: fundamentos de enfermería III

Grado: 3er cuatrimestre

Grupo: "A"

Comitán de Domínguez Chiapas a 30 de julio de 2020.

TECNICA DE LAVADO GASTRICO...

Concepto..

Es el procedimiento habitual en los cuidados de enfermería y utilizado durante decadas con el fin principal de evacuar sustancias tóxicas del estomago. Su uso es donde las intoxicaciones agudas pueden llegar a representar entre 0,5-2% de los motivos de ausencia.

Objetivo..

La evacuación gástrica o el lavado para la eliminación de un posible toxico que permanece en el estomago evitando su absorción.

INDICACIONES..

- Vaciamiento del contenido gástrico y supresión del vómito causado por el íleo o una obstrucción mecánica.
- Eliminación de sustancias tóxicas
- Prevención de la dilatación gástrica y la aspiración del paciente con traumatismos grandes.
- Instalación del medio de contraste radio para.
- Realización del lavado gástrico terapéutico o diagnóstico.

Contraindicaciones..

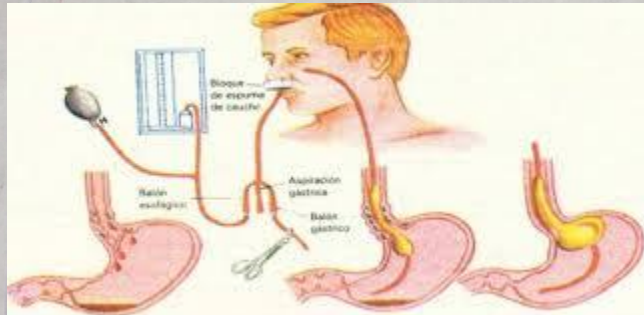
- En pacientes que han ingerido sustancias cáusticas (ej. ácido, lejía) puede producir lesión esofágica añadida.
- En pacientes con traumatismo facial o fractura de base de cráneo, debe realizarse por vía oral.

...TÉCNICA DE VACUO GÁSTRICO...

- Ingestión de hidrocarburos
- No debe realizarse en niños con posibilidad de aspirar o depresión vagal

equipo y materiales..

- > equipo de aspiración, si es necesario.
- > estetoscopio
- > sonda gástrica según edad del paciente (nº 6,8,10..)
- > Lubricante Hidrosoluble.
- > jeringa 60ml. con punta de catéter.
- > Recipiente de emesis.
- > Tela adhesiva (esparadrapo).
- > Guantes estériles.
- > solución Salina
- > Sábana para inmovilizar al niño pequeño.



| procedimiento | Fundamentación. |
|--|---|
| 1. explicarle al paciente el procedimiento según la edad. | 1) Disminuye el temor y favorece la participación y colaboración del paciente durante el procedimiento. Protege la individualidad del paciente. |
| 2. Si el paciente está acostado, colocarlo en posición semifowler. | 2) favorece el éxito de la canalización del sondaje. |
| 3. Colocar la sonda nasogástrica tomando en cuenta la distancia entre la punta de la nariz hasta el lóbulo del pabellón de la oreja, de allí hasta el apofisis xifoides. luego marca la sonda. | 3) facilita el conocimiento de la longitud del sondaje. |
| 4. examine la nariz y seleccione la fosa nasal. | |
| 5. lubrique la sonda con solución hidrosoluble | 5) disminuye el dolor y el riesgo a traumas |
| 6. inserte la sonda en el orificio nasal. | |
| 7. Una vez que la sonda en orofaringe, haga que el paciente flexione la cabeza hacia delante y degluta varias veces. | 7) facilita la buena canalización y sondaje. |

| | |
|---|--|
| 8. Verifique la colocación apropiada aspirando el contenido gástrico o inyectado aire a través de una jeringa mientras se verifica con el estetoscopio. | 8. Brinda seguridad con respecto al éxito del procedimiento |
| 9. Asegúrese la sonda con el esparadrapo. | 9. Cualquier desplazamiento de la sonda facilita el retro de cavidad gástrica. |
| 10. Inserte solución salina mediante la jeringa de 60 ml extraiga con suavidad el líquido del estómago y deshecharlo en un recipiente medidor. | 10) permite la remoción de partículas del toxico, evitando la absorción del mismo. |
| 11. Continúe el lavado gástrico hasta que el líquido salga claro (102 litros). | |
| 12. Si se prescribe un antidoto local (carbón activado) introdúcelo después de lavar. | 12) Contrarresta el efecto del toxico. |
| 13. pinzar la sonda, retirarla con rapidez y suavidad. | |
| 14. retirar la inmovilización limpiando al paciente y brindando seguridad. | |
| 15. realizar anotaciones de enfermería (cantidad, olor, color, tipo y aspecto del jugo gástrico. | 15) Describe la evidencia del procedimiento. |

TECNICA DE ASPIRACION DE SECRECIONES.

DEFINICION.. La aspiración de secreciones es un procedimiento que consiste en la extracción de secreciones traqueobronquiales a nivel orofaríngeo que ocasiona una obstrucción de las vías respiratorias y por ende, del proceso de ventilación externa.

OBJETIVO..

prevenir las infecciones y atelectasias ocasionadas por el acumulo de secreciones

INDICACIONES..

Con secreciones pulmonares no es capaz de toser.

EQUIPO Y MATERIALES..

Un equipo de aspiración
Dos envases para agua estéril
una sonda de aspiración
Guantes esteriles, mascarilla.



| PROCEDIMIENTO | FUNDAMENTO. |
|--|--|
| 1. Explicar al paciente sobre el procedimiento a realizar. | • Favorece la colaboración y participación del paciente. Proporciona confianza y seguridad en el procedimiento. |
| 2. Verificar el funcionamiento del equipo, debe estar listo para su uso (aspirador, frasco, sonda estéril y guantes). Presión no mayor de 120 mmHg. | • Ahorra tiempo y energía. Los obstrucciones de la sonda impiden la irritación de la mucosa al disminuir la presión negativa de aspiración en diversas partes. |
| 3. Lavado de manos. | • Evitar la diseminación de gérmenes y contaminación del equipo. |
| 4. Colocarse los guantes esteriles | • Evitar el riesgo de contaminación |
| 5. Encender el equipo de aspiración e introducir la sonda a nivel orofaríngeo y nasal si fuera necesario, previa lubricación con agua y girando con suavidad manteniendo la cabeza lateralizada. | • Las vías respiratorias están cubiertas de una mucosa que se lesiona fácilmente con medios mecánicos. La posición de la cabeza evita que la lengua obstruya la entrada de la sonda. |
| 6. Repetir no más de 3 veces el proceso de aspiración por un periodo no mayor de 15 segundos por aspiración. | • La repetición de procedimiento permite despejar las vías aéreas y eliminar las secreciones y sustancias extrañas. |
| 7. Colocar la sonda en agua para su limpieza y secar con la gasa estéril | |
| 8. Observar las secreciones (color, cantidad, consistencia). | • La identificación de las características es parte de la valoración del paciente. |
| 9. Regar el equipo de aspiración, descartar la sonda y gomas | |
| 10. Retirar los guantes | |
| 11. Dejar cómodo al paciente y realizar notas de enfermería | • El registro permite la comunicación entre el equipo de salud. |

TECNICA DE BAÑO DE ESPONJA EN PACIENTE ENCAMADO

Concepto.. Es la limpieza general que se proporciona a un paciente en su cama, cuando no puede o no le está permitido bañarse en regadera o tina.

Objetivo..

- eliminar las células muertas, secreciones, sudor y polvo.
- favorecer la función circulatoria por medio de la movilización y el masaje.
- Lograr comodidad y bienestar.

Material y equipo..

dos recipientes, uno con agua fría y otro con agua caliente; lavamanos, o lebrillo; recipiente para agua sucia; jabonera con jabón; 1 o 2 toallas grandes; dos toallas faciales o paños; apósitos, torundas de algodón; Camisón o pijama; aplicadores; juego de ropa para cama; guantes limpios, pinza, talco, loción o alcohol y un recipiente para ropa sucia o bolsa de plástico cómodo.



INDICACIONES:

- Fractura de cadera
- Desorientados
- por el estado de salud no puede abandonar la cama.

CONTRAINDICACIONES..

- Traumatismo craneocefálico
- A.S.A. Desorientados por riesgo de caída.
- Los que no pueden sostenerse por sí solos.
- S.A. inconcientes.

TECNICA DE BAÑO EN CAMA EN EL ENFERMO

| INTERVENCIÓN | FUNDAMENTACIÓN |
|---|--|
| 1. Preparar el equipo en el cuarto de trabajo | 1. un equipo integrado disminuir esfuerzos y optimizar las intervenciones de enfermería. |
| 2. Explicar el procedimiento y ofrecerle el cómodo o anal | 2. Las medidas higiénicas contribuyen a que se sientan cómodos y descansados. |
| 3. Cerrar puerta, ventanas, cortinas o colocar un biombo si es necesario | 3. La comunicación favorece las relaciones interpersonales entre los individuos. • Una habitación libre de corrientes de aire y con temperatura de 20 a 23°C, contribuye al bienestar físico del paciente. • Las corrientes bruscas de aire incluyen 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. | 4. El orden y la reducción del número de microorganismos aumentan la seguridad del medio. |
| 5. Trasladar el equipo a la unidad clínica (unidad del paciente), colocando los artículos para baño en la mesa de noche o mesa frente y sobre la silla, la ropa de cama en orden inverso al que se va usar. | 5. La integración y colocación ordenada del equipo, previa a la realización del procedimiento, evita o disminuye la pérdida de tiempo y energía. |

| INTERVENCIÓN | FUNDAMENTACIÓN |
|---|---|
| 6. Aflojar la ropa de la cama, iniciando por la cabecera del lado contrario al que se encuentra el buró y retirar la ropa que lo cubre, excepto la sábana "móvil" | 6. Al mover y sacudir la ropa sucia, se espere microorganismos patógenos por el aire. |
| 7. Colocar una toalla sobre el torax del paciente y realizar el cepillado bucal si es el caso, retirar y colocar la dentadura o prótesis dental. | 7. El mal aliento, disminuye al retirar los depósitos de placa dental bacteriana blanda y serria. |
| 8. Retirar la ropa al paciente (bata o pijama), primero quitar la manga del brazo que está libre. • A continuación retirar la manga del brazo en caso de existir canalización instalada destilizar la manga por el brazo y el catéter de infusión. • Tomar el frasco de la solución salina o algún medicamento, y pasarlo a través de la manga. | 8. Una maniobra cuidadosa y posición correcta del frasco, evita lesiones en el sitio de canalización y retorno sanguíneo en el catéter de infusión. |
| 9. Colocar al paciente en posición de decubito dorsal, retirar la almohada, y acercar la cabeza sobre el borde proximal superior de la cama. | 9. Trabajar lo más cerca del objetivo o paciente reduce el esfuerzo de los músculos y, como consecuencia, la fatiga. |

INTERVENCIÓN

FUNDAMENTACIÓN

- | | |
|--|---|
| <p>10. Colocar una toalla sobre el tórax del paciente e introducir el cojín de Kelly por debajo de los hombros. Si no, hay cojín, se improvisa con tela ahulada, cuyo borde superior se enrolla hacia adentro y el borde inferior se introduce en la almoheta que estará colocada sobre una silla o en el banco de altura.</p> | <p>10) El uso de cojín Kelly o hule protege la ropa de la cama asegurando una corriente de agua.</p> |
| <p>11. Indicar al paciente que coloque su cabeza sobre el cojín de Kelly o hule.</p> | <p>11) Una posición correcta disminuye el esfuerzo y previene de lesiones.</p> |
| <p>12. Proteger los conductos auditivos externos con torundas.</p> | <p>12) El oído externo está constituido por el pabellón auricular y el conducto auditivo externo.</p> |
| <p>13. Verter agua tibia con la jarra sobre el cabello y cabeza del paciente.</p> | <p>13) La exposición prolongada al frío produce vasoconstricción periférica importante.</p> |
| | <p>13) La temperatura corporal depende del flujo sanguíneo existente.</p> |
| | <p>13) La respuesta fisiológica al calor o frío aplicado de forma externa, depende de la actividad vasomotora normal.</p> |

INTERVENCIÓN

FUNDAMENTACIÓN

- | | |
|--|---|
| <p>14. Aplicar jabón o champú, friccionando con las yemas de los dedos la superficie del cuero cabelludo y flotar el cabello cuantas veces sea necesario.</p> | <p>14) La mayor número de microorganismos mayor cantidad y concentración del agente destructor.</p> <p>14) Las sustancias tensioactivas o surfactantes producen espuma.</p> <p>14) Cada cabello se mantiene flexible por virtud de las siguientes glándulas sebáceas que secretan sebo en el folículo, cerca de la superficie de la piel.</p> <p>14) El jabón saponifica las grasas.</p> <p>14) Los jabones son sales metálicas de los ácidos grasos y en solución acuosa dan una reacción leve básica.</p> <p>14) El estado físico determina las condiciones del cabello.</p> <p>14) La estimulación mecánica favorece la circulación sanguínea.</p> |
| <p>15. Enjuagar de manera constante dejando que el agua escurra a la cabeza por acción de la gravedad.</p> | <p>15) El agua corriente favorece el arrastre mecánico de los microorganismos.</p> <p>15) La gravedad es la fuerza de atracción ejercida por la tierra.</p> |
| <p>16. Retirar las torundas de los conductos auditivos. Envolver el cabello con una toalla y elevar la cabeza del paciente, retirando de manera simultánea el cojín de hule y de posarlo en la almoheta.</p> | <p>16) El secado perfecto de la piel ayuda a prevenir irritaciones y lesiones.</p> <p>16) La seborrea se debe a la hiperactividad de las glándulas sebáceas.</p> <p>16) La dermatitis seborreica se manifiesta por escamas secas o grasosas en la piel capilada.</p> |

INTERVENCIÓN

FUNDAMENTACIÓN

17. Afectar la cara del paciente si es varón y proceder a lo siguiente:

- Conservar la toalla en el torax
- Colocar jabón o espuma en las mejillas, parte superior del labio y mentón deslizar el rastillo o la rasuradora al mismo tiempo de tensar la piel y en dirección del crecimiento del vello

- Enjuagar y secar con la toalla.

18. Colocar una toalla facial sobre el torax y asear ojos con toallas húmedas, nariz y oídos con hisopos.

17) El agua caliente y jabón o espuma reblandecen los tejidos disminuyendo contusiones o irritación cutánea.

18) La piel sana e intacta previene la pérdida de agua, regula la temperatura, impermeable a la mayoría de los microorganismos, resistente a varios químicos, traumatismos, frío, calor y radiación.

18) El jabón irrita la piel y los mucosas.

18) El agua y jabón eliminan polvo, grasa y células superficiales que se desmenuan de la piel.

18) La acumulación de secreción propias de acné, oclusiones, alteraciones visuales, de audición y olfatorias, así como infecciones.

19) El exceso de alcalinidad del jabón libera la grasa protectora de la piel.

19) Una temperatura de 46°C a 49°C del agua para el baño no lesiona la piel.

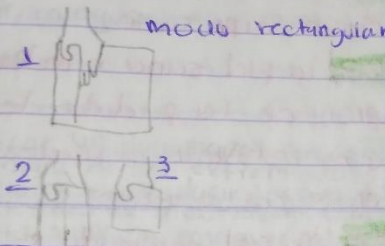
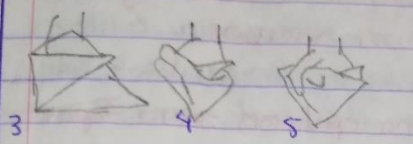
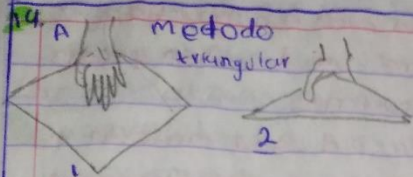
19) Las lociones o cremas mantienen la piel suave, libre de escoriaciones y grietas, no procedidos por la falta de grasas.

19. Con un paño húmedo lavado y enjuagar la cara por la frente, nariz, mejillas, mentón, cuello y pabellón auricular, primero del lado distal y luego del proximal (en forma de 8).

20. Secar la cara con la toalla facial y aplicar loción o crema.

INTERVENCIÓN

FUNDAMENTACIÓN



20. Colocar la toalla cuidadosa debajo del brazo distal y lavar, enjuagar, secar con movimientos giratorios la extremidad superior distal, iniciando con la mano hasta terminar dentro con la axila. De preferencia el caso de manos se realiza dentro del lavamanos o lebrillo enjuagando al charro de agua.

21. Limpiar los espacios sublinguales y si es necesario cortar las uñas.

20) La piel contiene abundantes nervios cutáneos sensitivos para la percepción del dolor, tacto, calor y frío.

20) El sudor, secreción de glándulas sebáceas y polvo atmosférico, contribuyen un medio favorable para la proliferación de microorganismos.

21) Los espacios sublinguales son fuente de contaminación.

INTERVENCIÓN

FUNDAMENTACIÓN

22. Lavar, enjuagar y secar la parte anterior del tórax y abdomen cubriéndolo con una toalla y usar con hisopo la cicatriz umbilical. Colocar camison limpio sobre tórax y abdomen.

22) Un baño con agua tibia favorece el descanso y sueño del paciente.

22) Una piel sana e intacta es resistente a ciertos agentes químicos nocivos.

23. Lavar el brazo proximal en igual forma que el distal y terminar de colocar el camison sin atarlo o abotonarlo por detrás.

23) Una epidermis sana depende de un cuerpo sano.

23) La piel sana e intacta previene la pérdida de agua y es resistente a ciertos agentes químicos nocivos.

24. Colocar al paciente en decúbito lateral contrario al que se está trabajando, extender una toalla sobre la cama a nivel de la espalda y región glútea. Secar la parte posterior del cuello, espalda y región glútea.

24) Una piel enrojecida es sintoma de úlceras por presión.

24) Los movimientos aumentan la circulación sanguínea.

24) La piel cubre toda la superficie del cuerpo y su epitelio guarda continuidad con el epitelio de los orificios externos de los vías digestivas respiratorias y genitourinarias.

25. Secar muy bien la piel y dar masaje con loción, alcohol o talco, según el caso, partiendo del centro de la columna vertebral a hombros y de la región coccígea hacia los glúteos.

25) La fricción y el masaje favorecen la circulación sanguínea.

25) La dermis, esta constituida por tejido conjuntivo denso que contiene vasos sanguíneos y linfáticos, nervios sensitivos, glándulas sebáceas y sudoríparas como fibra elástica.

INTERVENCIÓN

FUNDAMENTACIÓN

26. Sujetar el camison por la espalda o colocar el suco de la pijama y regresar al paciente a decúbito dorsal.

26) proteger al paciente de fuentes externas de enfermedad a través del uso de barreras de protección.

27. Colocar la toalla por debajo de las extremidades inferiores para asearlas iniciando por la extremidad distal, poniendo al paciente que flexione la rodilla para lavar, enjuagar, secar muslo y perneo.

27) el pediluvio alivia la congestión de los órganos profundos o de las partes distantes del cuerpo.

27) un cuerpo sumergido en el agua desaloja igual a su peso.

27) Las reglas de Limpio a sucio, son principios fundamentales para prevenir la contaminación.

28. Colocar un lavamanos con agua por debajo de las extremidades inferiores e introducir los pies del paciente para su aseó sosteniendo el pie del talón y enjuagar al chorro del agua; secarlos, cubrirlos con la toalla de forma simultánea al retiro del lavamanos o cubito.

28) El masaje activa la tensión muscular, disminuye el dolor y el malstar general.

28) el movimiento favorece un mejor retorno venoso.

28) el espesor de la epidermis varía de 0.1 mm en la mayor parte del cuerpo hasta 1.0 mm en las plantillas de los pies.

28) una piel sin epidermis es muy permeable.

29. Secar los pies haciendo ligera presión.

29) Las glándulas sudoríparas se encuentran distribuidas en todo el cuerpo y la humedad favorece un medio para el desarrollo de bacterias, hongos, etc.

30. Secar espacios interdigitales y cortar uña si es necesario.

30) Las uñas son placas cornudas de queratina que se desarrollan desde las células de la epidermis.

31. Dar masaje a los pies siguiendo el sentido de la circulación venosa.

31) el masaje activa la tensión muscular disminuyendo el dolor y malstar general.

31) el movimiento favorece retorno venoso.

31) la temperatura de la piel depende en gran parte del flujo sanguíneo a través de los vasos.

32. Realizar aseó de genitales: al paciente varones proporcionar un apósito para que se aseó sus genitales si esta en condiciones de hacerlo, o en caso contrario realizar el aseó utilizando guantes. Lavar las las manos del paciente si este realizo su aseó.

32) Algunos sustanciales resistan los mocosos.

32) las terminaciones nerviosas se hacen más sensitivas cuando aumenta el calor.

33. Posición ginecológica, colocarle el cómodo cuidando de proteger los muslos con toalla "movil" indicarle que realice el aseó y lubrarle las manos al concluir.

33) Los mocosos sanos e intactos son impermeables a varios microorganismos.

33) el revestimiento epitelial de la vagina esta lubricado por moco, se acidifica mediante la acción de fermentación que tiene la flora vaginal normal.

| INTERVENCIÓN | FUNDAMENTACIÓN |
|---|---|
| 34. Colocar apósitos o gases empiegos inguinales si es necesario. | 31) La humedad es un medio propicio para la proliferación de microorganismos patógenos. |
| 35. Colocarse guantes y hacer limpieza de vulva con pinzas torundas, jabón líquido y agua a temperatura corporal. Con movimientos de arriba hacia abajo y del centro a la periferia. Continuar con los labios menores vestibulo perineal y por último región anal, con movimientos circulares, enjuagar cuantas veces sean necesarias (en caso que el paciente no pueda hacerla por sí sola). | 32) El revestimiento epitelial de la vagina está lubricado por moco y se mantiene mediante la fermentación de la flora vaginal normal. 33) El pH de las secreciones vaginales es ligeramente ácido. |
| 36. Secar genitales en igual orden en que se asecaron. Retirar la sábana mojada. | 34) La humedad favorece el desarrollo de bacterias. |
| 37. Colocar apósito, pinetelitos o pinetitos de pijama, según el caso y dejar cómodo al paciente. | 35) La sensación de frescura y limpieza contribuye a percibir de manera positiva un ambiente agradable. 36) La presión prolongada sobre una parte del cuerpo determina la formación de úlceras. |
| 38. Proceder al arreglo de la cama con el paciente. | 37) Encuclimas con sábanas bien estiradas producen bienestar al paciente y previenen de lesiones en la piel. |
| 39. Peinar y terminar su arreglo personal en caso de que el paciente no pueda hacerlo. | 38) Un cubilete limpio produce bienestar. 39) Las glándulas sebáceas se encuentran en la mayor parte del cuerpo, son en especial numerosas en la piel cubilada y en la cara alrededor de la nariz y el oído externo. |
| 40. Retirar el equipo y dejarlo en condiciones de limpieza para usarse de nuevo. | 40) Un equipo en óptimas condiciones favorece un uso correcto. |
| 41. Informar sobre observaciones hechas, reclamos del paciente y cuidados de enfermería proporcionados. | 41) La evaluación integral del paciente es de especial importancia cuando tiene una piel delicada o sensible. |

ENEMA EUACUANTE

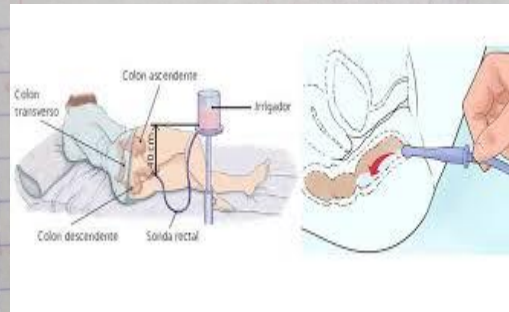
Concepto... Es la instalación de una solución dentro del recto y colon sigmoides.

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.

Material y equipo..

Churota con equipo comercial de enema desechable o irrigador con tubo de conexión reutilizable, adaptador sonda rectal calibre 12 a 18 fr para niños o 22 a 30 Fr para adultos, lubricante, pinzas hemostáticas, gasa bundya-riñón, papel higiénico, guantes limpios, cinta adherible para fijación de sonda rectal en caso necesario cómodo, protector de huec, solución prescrita a temperatura de 37 a 40 °C y trípode.



| INTERVENCIÓN | FUNDAMENTACIÓN |
|--|---|
| 1. Informar al paciente sobre el procedimiento. | <ul style="list-style-type: none"> La actitud del personal en 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. | <ul style="list-style-type: none"> La preparación del equipo previa al procedimiento ahorra tiempo y esfuerzo al personal de enfermería. |
| 3. En caso de no contar con equipo comercial, adoptar tubo de conexión y sonda de irrigador y pinza para cerrar el tubo. | <ul style="list-style-type: none"> La presión de los gases contra las paredes intestinales provoca dolor y molestias. El aire introducido en el recto causa una distensión innecesaria. |
| 4. Doblar cocha y cubrir hacia la piñera, retirar la almohada y colocar al paciente en posición Sims izquierdo, poniendo un protector de hule por debajo de la región glútea. | <ul style="list-style-type: none"> 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. El peso de solución al intestino en contra de la gravedad, origina irritación en las paredes rectales. La humedad en la ropa de cama favorece la aparición de úlceras por presión. |
| 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. Abrir la pinza para permitir que el líquido fluya por declive o comprimir en envase del equipo comercial. | <ul style="list-style-type: none"> La inserción lenta evita el espasmo del esfínter. La eficiencia del procedimiento depende de la tranquilidad y reposo del paciente. La irritación en tejido muscular puede provocar contracción, lesiones y malestar físico. El recto es una cavidad septicida de 18 a 20 cm de largo, en el que se realizan procesos que liberan gases. La última etapa de transformación del residuo, de la digestión se afianza en el colon. Ciertos fármacos y el reposo prolongado inhiben de manera temporal la peristalsis. |
| 6. Administrar con lentitud la solución colocándola a una altura de 30 cm para un enema alto 30 cm para un enema normal y 7,5 para un enema bajo. | <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. |

| INTERVENCIÓN | FUNDAMENTACIÓN |
|--|--|
| 7. Controlar la salida de la solución contenida en el equipo comercial o en el irrigador. | <ul style="list-style-type: none"> La presencia de dolor o malestar 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. El menor delimitado requiere por lo general de 500 a 1000 ml de volumen, a 37 o 40 °C, en tanto que el de retención requiere de 90 a 120 ml a la misma temperatura. La tolerancia intestinal a la introducción de un líquido está determinada por la presión y velocidad y volumen introducido. |
| 8. Vigilar las reacciones del paciente durante la introducción de la solución. | <ul style="list-style-type: none"> Las afecciones del conducto gastrointestinal, inactividad física, parálisis, defecto gástrico, depresión general o incapacidad para comunicarse son situaciones específicas que requieren vigilancia estricta durante la eliminación intestinal. Los movimientos bruscos favorecen la expulsión de la sonda. La persistencia de marañas o tensión abdominal indican el logro de los objetivos trazados en el procedimiento. |
| 9. Extraer la sonda, desconectarla del tubo y cubrirlo con papel higiénico colocándolo en vainita-ahón e indicar al paciente sobre la retención de líquidos. | <ul style="list-style-type: none"> El control de los esfínteres anales es voluntario en condiciones normales. El enema de limpieza requiere una retención de líquido durante 30 s en tanto que la retención por cede 5 a 10 min. Los enemas de retención reemplazan las heces y estimulan el reflejo de la defecación. La comprensión del comportamiento humano incluye de manera positiva en la atención del paciente. La retención del enema es más fácil en posición yacente de pie o sentado, debido a que la gravedad favorece el drenaje y peristaltismo. |
| 10. Indicar al paciente que utilice el sanitario o colocarlo sobre un cómodo (previa protección de la cama con un hule) y favorecerle papel higiénico. Dejar a su alcance el timbre. | <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. |

| INTERVENCIÓN | FUNDAMENTACIÓN |
|---|--|
| 11. retirar el cómodo, cubrirlo con protector y llevarlo al cuarto séptico, para observar las características del material expulsado y para asearlo | <ul style="list-style-type: none"> • la ventilación en la unidad clínica es factor físico integrante del ambiente terapéutico |
| 12. Lavar las manos del paciente y dejarlo cómodo. | <ul style="list-style-type: none"> • El agua y el jabón eliminan los microorganismos saprofitos de la piel |
| 13. elaborar el informe respectivo. | <ul style="list-style-type: none"> • las observaciones concernientes a cantidad y tipo de eliminados intestinal, están en relación con hábitos, tipo y cantidad de dieta, al estado hídrico y al tipo de padecimiento |

INDICACIONES. Enema evacuante. Esta solución está indicada para casos de constipación intestinal, también está indicada en la preparación de pacientes que van a ser sometidos a cirugías y en la preparación de pacientes para toma de rayos X de colon.

El enema de fosfato y citrato se utiliza en cuidados especiales postoperatorios; también se utilizan en la evacuación intestinal de pacientes antes del parto.

CONTRAINDICACIONES..

No debe usarse enema en pacientes con colitis ulcerosa crónica inespecífica (pacientes con problemas ano-rectales, síndrome abdominal agudo), tampoco debe usarse con oclusión intestinal, con insuficiencia cardíaca o que se conozca que tengan hipersensibilidad a los fosfatos y citratos.

TECNICA DE LAVADO VAGINAL (USO DE VULVA OPERANAL)

DEFINICION: Es la limpieza de genitales femeninos.

OBJETIVOS:

- Mantener higiene de la zona perianal
- proporcionar comodidad al paciente.
- prevenir infecciones

Material y equipo

jarro con agua tibia, jabón y/o antiséptico, paño individual o torundas de algodón, guantes limpios, pinzas de anillos (fosfor), sabana, gasas, biombo, bolsa para desechos, cómodo, pinzas de transferencia, toalla sanitaria, papel.

Contraindicaciones.

irritaciones vaginales, NO usar ropa interior de tejidos naturales, NO usar ropa muy ajustada.



| procedimiento | Fundamentación. |
|--|--|
| 1. Identifique y relacione las pacientes que admiten el uso vaginal. | 1) realizar procedimiento en horas que no sean de visita y alimentación. |
| 2. lavarse las manos | 2) colocar el número de torundas de acuerdo al número de pacientes. |
| 3. preparar equipo. | 3) dar privacidad aislando la paciente entre biombo o con sabana superior. |
| 4. identificar la paciente y explicarle el procedimiento. | 4) colocarse paño para cubrirse que no este frío, retirar toalla sanitaria por la parte superior y al descartarla colocarla sobre hacia abajo. |
| 5. ginecologica, bajar sabana superior y exponer genitales. | 5) use una torunda por cada movimiento (6) si es necesario: - 1° pubis (hacer movimientos rotatorios) - 2° ingle y muslo derecho (centro a la periférica) - 3° ingle y muslo izquierdo (de centro a la periférica) - 4° labio mayor derecho de arriba hacia abajo. - 5° labio mayor izquierdo de arriba hacia abajo. - 6° centro de vulva de arriba hacia abajo llegando hasta ano. |
| 6. colocar paño y retirar toalla sanitaria permitiendo que la paciente miccione. | 7) asegurarse que la garrucha o utilizar contenga agua estéril fría. |
| 8. Limpiar genitales, externos con torundas embebidas en jabón yodado. | 8) usar cuatro torundas. - pubis - lado izquierdo - lado derecho - centro. |
| 9. Verter agua estéril hasta quitar el jabón | 9) NO tocar toalla sanitaria de la parte que va directamente a la vulva. |
| 10. Secar genitales y región peri-anal | 10) dejar cómoda a la paciente |
| 11. retirar paño y colocar toalla sanitaria. | 11) Hacer anotaciones de enfermería. |
| 12. Dejar cómoda a la paciente | 12) anotar hora, características de secreciones vaginales y condiciones de episiotomía y perineo. |
| 13. Hacer anotaciones de enfermería. | |

BIBLIOGRAFÍA

- Eva Reyes Gómez. Fundamentos de enfermería ciencia, metodología y tecnología. Segunda edición. Utilizada el 28 de julio del 2020.
- UDS. 2020. ANTOLOGIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA III. UTILIZADO EL 28 DE JULIO DEL 2020.PDF