



**Candelaria Elizabeth González
Gómez**

3° "A"

M.A.S.S María del Carmen López Silba

Fundamentos de Enfermería III

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez, Chiapas a 30 de Julio de 2020.

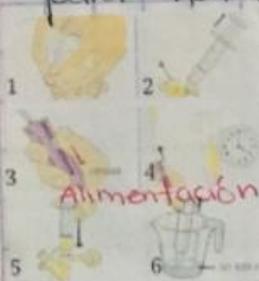
Intubación Nasogástrica

- Concepto -

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

- Objetivos -

- Somnistrar alimentos a la cavidad gástrica del paciente para nutrirlo.



Alimentación

- Administrar medicamentos a la cavidad gástrica con fines terapéuticos.



Medicación

- Eliminar líquidos y gases por descomposición del aparato digestivo alto.



Aspiración

- 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 muestras de contenido gástrico.

- Material y equipo -

1. Sonda nasogástrica Levin desechable
2. Solución fisiológica o lubricante
3. Pinzas o hemostáticas
4. Bandeja de baño
5. Cinta hipoalérgica
6. Gasas y compresas
7. Guantes y cubrebocas
8. Abatelenguas
9. Estetoscopio
10. Hisopos



7

6

8

9

11. Vasiya con agua fría o con trozos de hielo

12. Cojín de hule o plástico

13. Pañuelos desechables

Intervención

Técnica

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 agua fría o con hielitos.



- El frío sobre el material de hule lo endurece, facilitando que la sonda pase sin macha, fricción e irritación en la mucosa.

- Se comprueba la permeabilidad de la sonda para evitar complicaciones.

- Se ahorra tiempo y se organiza mejor.

3. Explicar al paciente el procedimiento y colocarle en posición sedente o semifowler.



- La posición proporciona una rectitud anatómica del tracto digestivo que facilita la deglución y al mismo tiempo ayuda que la sonda pase mejor.

- Se explica el procedimiento para activar órdenes y mantener informado al paciente.

4. Asear narinas o boca con gasas o hisopos (gasas + alcoholengas) dependiendo del tipo de intubación (por boca o nariz).



- La nariz o boca son cavidades que comunican con el tubo digestivo.
- Una cavidad libre de moco, líquidos o exudados sera permeable.

5. Proteger la parte anterior del tórax con hule con toalla, y colocar debajo del mentón la bandeja rición.

- Las medidas de protección previenen lesiones en algunos órganos del cuerpo.

6. Intubar.

- calzarse las guantes
- extraer la sonda del hiel para medir lo que se va a introducir.
- humedecer la sonda con solución fisiológica o lubricante.
- introducir con lentitud la sonda por la nariz y pedir que el paciente de sorbos de agua para deglutir.
- indicar la flexión de cuello sobre el tórax y que respire profuend una vez pasado 7-8cm de sonda.

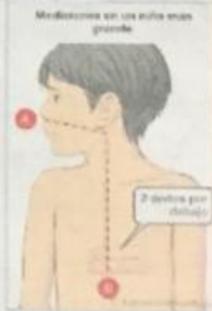
- comprobar que se ha llegado al esófago.

- Medición de la sonda.

1. de la punta de la nariz al lóbulo de la oreja.



2. del lóbulo



de la oreja al apéndice xifoides, asegurar que llegue al estómago (56-66 cm en adulto promedio)

- La lubricación reduce la fricción entre las mucosas y la sonda.

- Es importante conocer la anatomofisiología del tubo digestivo para una mejor realización de la técnica.

- La introducción de la sonda estimula la faringe y úvula y provoca el reflejo nauseoso.
- Evitar maniobras bruscas o aplicación de mucha fuerza durante la instalación para evitar la contracción muscular del tracto digestivo.
- Dar un tiempo de descanso para favorecer la adaptación del paciente a la sonda y superar la sensación de náuseas.
- La respiración profunda previene la aspiración de la sonda a la tráquea.
- La deglución ayuda a impulsar la sonda hacia la cavidad gástrica.
- Los paroxismo de tos indican que la sonda está en la tráquea y la aspiración de contenido gástrico indica que está en el estómago.
- Impide su retro brusco de la sonda.

7. Fijar la sonda con la cinta hipoalérgica.



- Cuidados de enfermería -

- Vigilar el estado general del paciente.
- Vigilar la permeabilidad de la sonda.
- Preguntar con frecuencia si ha presencia de náuseas.
- Asear nariz y boca.
- Vigilar si hay presencia de vómito, diarreas, meteorismo o estreñimiento.
- Chequear el estado de la fijación, que no este irritando la piel y que no este floja, mal colocada o despegada.
- Después de cada alimento y/o medicamento se debe permeabilizar la sonda para evitar que se tape.

Aspiración gástrica

• Concepto •

Es el procedimiento mediante el cual se drena el contenido gástrico mediante el uso de una sonda.

• Objetivos •

- Extraer de la cavidad gástrica venenos, material tóxico o medicamentos (en exceso)
- Limpiar el estómago antes de llevar a cabo una endoscopia de vía digestivas altas



- Recoger ácidos estomacales
- Aliviar la presión si existe obstrucción en los intestinos.

• Material y equipo •

1. Material y equipo de intubación nasogástrica.
2. Jeringa
3. Esletoscopio
4. Tubos conectores
5. Guantes
6. Aspirador con circuito.



Intervención

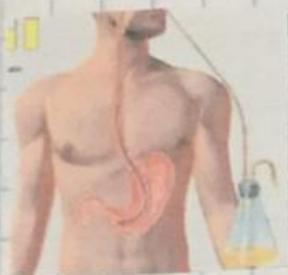
Técnica

Fundamentación

1. Explicar al paciente sobre el procedimiento a realizar

- Para aclarar dudas y disipar dudas

2. Colocar al paciente en posición Fowler o semi-Fowler



- Esta posición evita que la sonda se apoye sobre la pared del estómago y propicia una succión más eficaz.

- Se evita que el reflujo del contenido gástrico sea aspirado

3. Previo a esto, se debió de haber instalado ya la sonda nasogástrica.

4. Calzarse los guantes

- Antes de realizar el calzado de guantes, se deben lavar muy bien las manos

5. Comprobar la correcta ubicación de la sonda

- Que la sonda se encuentre en el estómago y extraer el contenido gástrico.
- Verificar el funcionamiento del aspirador y apagarlo.

6. Poner en marcha al succión y probarlo en un recipiente de ríñon con solución irrigación.



7. Iniciar la succión gástrica -

- Observar por unas minutos si la succión es correcta y que tubos y conexiones no estén obtuidos.

8. Valorar y registrar las características del contenido gástrico.

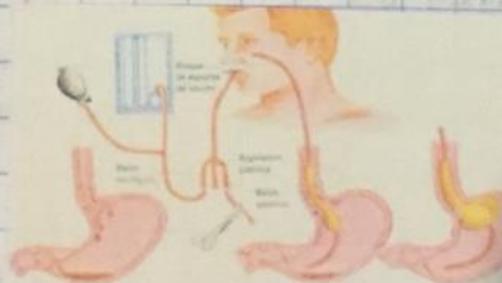
- Cantidad, olor, color consistencia.
- El contenido gástrico normal es mucoso, incoloro o amarillo verdoso.

9. Registrar el procedimiento realizado

- anotar hora de inicio presión del succión y condiciones generales del paciente.

♥ Cuidados de enfermería ♥

- Vigilar el sistema de succión que funcione por espacio de 30 min las 2 primeras horas y posterior cada 2 h según condiciones del paciente.
- Realizar cambios de postura del paciente para facilitar el drenaje.
- Realizar irrigaciones, solo si existe prescripción médica.
- Mantener al paciente cómodo, limpiar narinas y mantenerlas lubricadas, y realizar higiene bucal.
- Vaciar el contenido del frasco de drenaje:
 - a) Pinzar la sonda nasogástrica y desconectarla del aspirador.
 - b) Evaluar la cantidad de drenaje.
 - c) Lavar y desinfectar el recipiente utilizado.
 - d) Conectar nuevamente el frasco colector, despinzar la sonda y encender el aspirador.
- Monitorizar siempre signos vitales.



Lavado gástrico

Concepto

Es una técnica de descontaminación digestiva cuyo objetivo es extraer del estómago la máxima cantidad de algo tóxico y evitar su absorción.

Objetivo

Realizar el lavado gástrico con una técnica adecuada para conseguir efectividad y reducir complicaciones.



Material y equipo

1. Guantes
2. Gasas
3. Sonda Levin (una sola luz)
4. Lubricante hidrosoluble
5. Jeringa de 50ml
6. recipiente o bolsa colectora
7. Españador
8. Estetoscopio
9. Equipo de aspiración
10. Solución salina



Técnica

Realizar lo siguiente con previa intubación nasogástrica u orogástrica.

Intervención	Fundamentación
1. Informar al paciente y familia.	- comprobar identidad del paciente - Informar del procedimiento a realizar y solicitar la colaboración del paciente
2. Preparar entorno y materiales.	
3. Preparar al paciente.	- Proporcionarle intimidad. - Colocar en posición decúbito lateral 12g con las rodillas flexionadas con la cabeza de 10-15° en declive.

4. Realizar lavado de manos y colocación de guantes

- Para prevenir infecciones.

5. Aspirar el contenido gástrico suavemente con la jeringa

6. Pinzar la sonda y cargar la solución prescrita

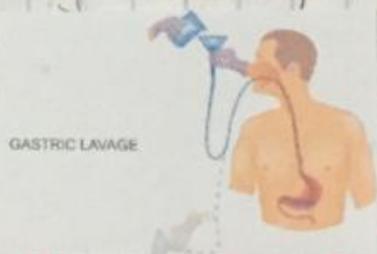
- Despinzar la sonda e introducir suave y lento la solución, manteniendo la jeringa por encima de la cavidad gástrica.

7. Conectar la sonda a una bolsa colectora

- Poner la sonda en declive para que por decantación salga el contenido.

- Realizar un suave masaje en el hipocóndrio izq si el flujo es muy lento

8. Repetir la maniobra hasta utilizar de 3-5 litros de líquido o hasta que el contenido sea claro.



♥ Observaciones / problemas potenciales ♥

- Mantener el cabecero de la cama ligeramente elevado (30°) al finalizar el procedimiento.
- Interrumpir el procedimiento si el nivel de conciencia contraindica el proceso.
- La posición semifowler y decúbito lateral izq es importante mantenerla durante todo el proceso.
- Administrar preferentemente sueros glucosalinos o alternar sueros salinos y glucosados, en caso de utilizar grandes cantidades de líquido para el lavado.
- No introducir grandes cantidades de líquido de una sola vez.

♥ Cuidados de enfermería ♥

- Vigilar signos y síntomas de presencia de sangrado
- Correr y mantener la posición correcta
- Vigilar signos vitales y nivel de conciencia.
- Retirar la sonda terminando el lavado; en caso de que se prescriba aspiración nasogástrica continua, utilizar aspiración suave de baja intensidad.
- Medir la cantidad de líquido introducido y eliminado, y características.
- Vigilar la aparición de distensión abdominal.
- Enseñar autocuidado al paciente y apoyo al cuidador.
 - razón y efecto del procedimiento
 - avisar si hay presencia de náuseas, mareos dolor o otra incidencia.
 - evitar la manipulación de la sonda y movimientos bruscos.
- Registrar el plan de cuidados
 - Observaciones de enfermería
 - Incidencias
 - Signos vitales durante todo el proceso.

♥ Contraindicaciones del lavado ♥

- Sospecha de abdomen agudo
- Cirugía alta digestiva reciente
- Coagulopatias
- Estenosis esofágica
- Ingesta de sustancias corrosivas (ácidos)
- Fractura de base de cráneo, rotura de huesos de la cara; si hay taponamiento nasal se usará vía orogástrica
- En pacientes comatosos

Enema Evacuante

Concepto

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

Clasificación de los enemas según su objetivo

- **Enemas de limpieza:** estimulan el peristaltismo mediante la irritación del colon y recto o por la distensión del intestino. Se usan para pruebas diagnósticas. Se administran de 750-1000 ml de solución, en el adulto, y se retiene en el intestino de 5-10 min. Este enema puede aplicarse 2-3 veces (máx) con intervalo de 30-40 min, hasta que el líquido expulsado no contenga materia fecal.



- **Enemas carminativos**
Se usan para eliminar el flato (gases).

La solución instilada en el recto desprende gas y distiende el colon, también estimula el peristaltismo. En adultos se administran 60-180 ml de líquido.

- **Enemas de retención**
Lubrican el recto y el colon sigmoideos para ablandar las heces. El aceite se retiene por 2-3h.



• Enemas de flujo de retorno o irrigación de colon. Se utilizan para mejorar la flatulencia.

El flujo alternante de 100-200 ml de líquido hacia adentro y hacia afuera estimula el peristaltismo y la expulsión de gases.

♥ Tipos de enema frecuentes en adultos ♥

1. Enema preparado de forma comercial (solución hipertónica).

De 90-120 ml de solución hipertónica como fosfato sódico, se debe seguir instrucciones de uso.



2. Solución salina (solución isotónica)

9 ml de cloruro de sodio en 1000 ml de agua.

En pacientes con arritmia o insuficiencia cardíaca congestiva, tener precaución

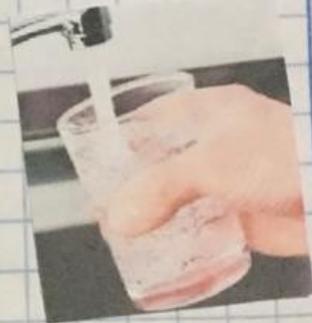


3. Agua corriente (solución hipotónica)

De 500-1000 ml de agua del grifo.

*Nota: la administración repetida de agua corriente puede provocar el paso del agua del colon al torrente sanguíneo, provocando intoxicación o hipervolemia

En personas con problemas renales o insuficiencias cardíacas, este enema está postergado.



4. Agua con jabón (espuma)

De 3-5 ml de jabón blanco suave en 500 ml-1000 de agua corriente.



5. Aceite de preparado comercial

De 90-120 ml de aceite de oliva mineral semillas de linaza.



♥ Objetivos ♥

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

♥ Equipo y material ♥

1. Charola con equipo comercial de enema desechable o irrigador con tubo de conexión reutilizable
2. Sonda nekatón (12-18 Fr = adultos, 22-30 Fr = niños).
3. Adaptador
4. Pinzas hemostáticas
5. Gasas y guantes esteriles
6. Bandeja de niño
7. Papel higiénico
8. Cinta de fijación de sonda rectal
9. Lubricante
10. Solución prescrita (37-40°C)
11. Tripode
12. Protector de hule.
13. Comodo

♥ Indicaciones ♥

- Alivio del estreñimiento
- Ablondamiento de heces fecales.
- Limpieza de colon y recto para partos o colonoscopias.
- Administración de medicamentos

♥ Contraindicaciones ♥

- Después de alguna operación de colon o recto
- Tras infarto agudo al miocardio
- Afecciones abdominales (apendicitis)

♥ Técnica ♥

Intervención

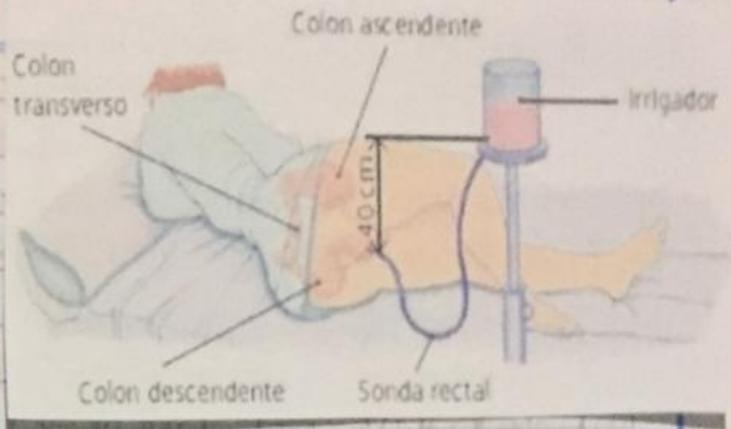
Fundamentación

- | | |
|---|--|
| 1. Informar al paciente sobre el procedimiento | - la actitud de la enfermera influye en la actitud del paciente y su colaboración |
| 2. Preparar el equipo y trasladarlo a donde el paciente. | - la previa preparación del equipo ahorra tiempo. |
| 3. En caso de no contar con equipo comercial, adaptar tubo de conexión y sonda al irrigador y purgaria.
Pinzar para cerrar el tubo. | - El aire introducido en el recto causa una distensión innecesaria. |
| 4. Doblar colcha y cobertor hacia la piétera, retirar la almohada y colocar al paciente en posición de Sims 129, poniendo un protector de hule por debajo de la región glútea. | <ul style="list-style-type: none"> - la poca ropa en el paciente facilita las maniobras. - la posición favorece el paso de la solución por gravedad. - Si la solución pasa en contra de la gravedad irrita las paredes rectales. - Si la ropa de arriba se humedece, se facilitara la aparición de UPP en el paciente. |
| 5. Separar los glúteos e introducir el extremo proximal del equipo comercial o bien lubricar la sonda e introducir 7.5-10 cm con lentitud en dirección al ombligo.
Abrir la pinza para permitir que el líquido | <ul style="list-style-type: none"> - la inserción lenta evita el espasmo del esfínter. - El recto es una cavidad séptica de 18-20 cm de largo. |



fluya por declive o comprimir el enchufe del equipo comercial.

6. Administrar con lentitud la solución, colocándola a una altura de 30-45 cm para un enema alto, 30 cm para un enema normal y 7.5 cm para un enema bajo.



7. Controlar la salida de la solución contenida en el equipo comercial o irrigador.

- La tolerancia intestinal a la introducción de un líquido está determinada por la presión, velocidad y volumen introducido.

8. Vigilar las reacciones del paciente durante la introducción de la solución

- Persistencia de molestias o tensión abdominal indican logro de objetivos.

9. Extraer la sonda desconectándola del tubo y cubriéndola con papel higienito, colocándola sobre la bandeja de linón. Indicar al paciente que retenga el líquido

- El enema de limpieza se retiene por 30s y el de retención por 5-10 min.
- La retención es más fácil estando de pie o sentado.

10. Indicar al paciente que vaya al sanitario o colocarlo en un cómodo

- Después de evacuar, lavar los manos al paciente.

11. Retirar el cómodo, abrirlo, llevarlo al cuarto séptico y observar las características.

12. Elaborar el informe

- Anotar observaciones y padecimientos

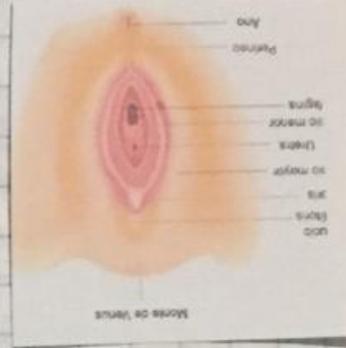
Lavado Vaginal

Concepto

Es la limpieza de genitales femeninos (vulva y perineal).

Objetivos

- Proporcionar comodidad a la paciente.
- Eliminar secreciones para evitar infecciones.
- Preparar a la paciente para cualquier intervención del aparato genitourinario.



Material y equipo

1. Vasija con equipo de aseo y otra vasija.
2. Jabón yodado o neutro
3. Guantes
4. Esponja
5. Toalla
6. Pinzas de aseo vulvar y de transferencia
7. Agua estéril
8. Pañal adulto o toalla sanitaria
9. Bolsa para desechos
10. Papel higiénico
11. Toallitas

Técnica

Intervención

1. Preparar el equipo en el cuarto de trabajo
2. Explicar el procedimiento y ofrecerle el cómodo.
3. Cerrar puerta, ventanas cortinas o colocar un biombo si es necesario

Fundamentación

- El equipo integrado disminuye esfuerzos y optimiza las intervenciones.
- Las medidas contribuyen a que el paciente este cómodo y descansado.
- La habitación libre de corrientes de aire contribuye al bienestar del paciente.
- Se siente protegido íntimamente.

4. Si es paciente femenino darle posición ginecológica colocarle el cómodo, protegiendo los muslos con una sábana.

- colocarle algo para cubrir la ropa de cama.



5. Colocar apósitos o gasas en pliegues inguinales

- la humedad propicia la proliferación de m.o.o patógenos

6. Colocarse los guantes y hacer limpieza de vulva con pinza, torundas jabón líquido y agua con movimiento de arriba-abajo y del centro a la periferia. Continuar con labios menores y vestibulo perineal, y ano al último. Con movimientos circulares enjuagar hasta eliminar jabón.



7. Secar los genitales del mismo modo y orden en que se lavaron. Retira la sábana.

- Secar pubis y región perianal, con torundas o toalla diferente.

8. Colocar apósito, pantalera o pija, y dejar cómoda a la paciente.

- Proporciona sensación de limpieza y frescura.

9. Proporcionar cuidados, hacer anotaciones de enfermería.

♥ Cuidados de enfermería ♥

- Vigilar las posibles reacciones a los productos utilizados.
- Verificar la correcta colocación de sondas vesicales y colectores, si es el caso.
- Comprobar que la zona permanezca limpia y seca, si el paciente no puede avisar.

Baño de 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.



Objetivos

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



Indicaciones

- Fractura de cadera
- Desorientado
- Estado de coma
- Estado físico que le impide pararse.

Contraindicaciones

- T.C.
- Riesgo de caída
- Riesgo de pérdida de conciencia.

Material y equipo

1. 2 recipientes, uno con agua fría y otro caliente).
2. Lavamanos o lebrillo
3. Recipiente para agua sucia
4. Jabonera y Jabón
5. 1 - 2 toallas grandes
6. 2 toallas faciales
7. Torundas de algodón
8. Camison o pijama
9. Aplicadores
10. Juego nuevo de ropa de cama
11. Talco
12. Guantes
13. Pinzas
14. Loción o alcohol
15. Bolsa para ropa sucia.

Norma

Intervención

✓ Técnica ✓

Fundamentación

- | | |
|---|---|
| 1. Preparar el equipo en el cuarto de trabajo. | |
| 2. Explicar el procedimiento y ofrecerle el cobajo u ovalal. | - las medidas higienicas contribuyen a la comodidad y descanso del paciente. |
| 3. Cerrar puertas, ventanas, cortinas o colocar un biombo si es necesario. | - que la habitación quede libre de corrientes de aire y temperatura de 20-23°C. |
| 4. Retirar utensilios de la mesa de noche y limpiarla con paño húmedo, y silla también. | - el orden y la limpieza reducen m.o.o patógenos. |
| 5. Trasladar el equipo a la unidad del paciente y colocar los artículos de baño en la mesa puente o silla y la ropa de cama en orden inverso al que se usa. | - la colocación ordenada del equipo previa a la técnica evita o disminuye la perdida de tiempo. |
| 6. Aflojar la ropa de cama, iniciando por la cabecera pero al lado contrario del paciente (buro), retirar dentaduras o protesis dental. | - al mover y sacudir la ropa sucia, se esparcen m.o.o patógenos por el aire. |
| 7. Colocar una toalla sobre el torax del paciente y aseo bucal. | - disminuye el mal aliento (alitosis). |
| 8. Retirar la ropa del paciente. | 1. quitar la manga del brazo libre
2. retirar con cobajo la manga del brazo canalizado, pasando la solución através de la manga. |

9. Colocarlo en posición decúbito dorsal, retirar la almohada y acercar la cabeza sobre el borde proximal superior de la cama.

- trabajar lo más cerca del paciente reduce el esfuerzo corporal y fatiga.

10. Cobrar una toalla sobre el torax e introducir el cojín de Kelly o una sábana ^{ahuecada} enrollada por debajo de las hombros.

- Se protege de la corriente agua a la cama.

11. Indicar al paciente que coloque su cabeza sobre el cojín.

- proteger los conductos auditivos con torundas.

12. Verter agua templada con la jarra sobre el cabello y cabeza.

- la temperatura corporal depende del flujo sanguíneo existente.

13. Aplicar jabón o champú, friccionar con las yemas de los dedos el cuero cabelludo y frotar el cabello.

14. Enjuagar hasta eliminar el jabón y dejar que el agua escurra a la cubeta.

- el agua corriente favorece el arrastre de microorganismos (m.o.o).

15. Retirar las torundas de los conductos auditivos.

- el secado perfecto evita la irritación.

16. Afeitar la cara del paciente, colocando jabón o espuma, si es varón y enjuagar.

- el agua caliente y jabón reblandecen los tejidos y disminuyen el riesgo de corte e irritación.

17. Colocar una toalla facial sobre el torax y asear hombros con toallitas húmedas y narinas y oídos con hisopos.

- el jabón en estas mucosas, la irritan.

18. Con un paño húmedo lavar y enjuagar la cara iniciando por frente → nariz → mejillas → mentón → cuello → pabellón auricular → lado distal y luego proximal. Secar la cara y aplicar crema.



19. Lavar y enjuagar con mov. rotatorias de las brazos (de axila a brazos). Cortar uñas.



20. Lavar y enjuagar torax anterior y abdomen.

- secar muy bien y cubrirlo

21. Colocar al paciente en decubito lateral y asear cuello, espalda y región glútea.



22. Secar muy bien y dar masaje con talco crema o alcohol desde el centro de la espalda a los hombros y región cocácea.

23. Regresar al paciente a la posición inicial

- Vestir o cubrir la parte dorsal del paciente.

24. Asear extremidades inferiores, flexionando las rodillas lavar muslos y piernas.

25. Introducir los pies del paciente para lavarlos en una tina o sustituyendo talón y enjuagarlos a chorro, Secarlos bien en forma de masajes en sentido de la circulación.



32. Realizar aseo de genitales.

- si es capaz que el mismo paciente lo realice

33. Proceder al arreglo de cama con el paciente, dejando sin arrugas las sábanas.



34. Retirar el equipo utilizado y limpiarlo para nuevo uso.

35. Realizar anotaciones de enfermería.

Bibliografía

Eva Reyes Gómez. Fundamentos de enfermería, ciencia, metodología y tecnología. 2ª edición. Manual moderno.