



Nombre del alumno:

José Caralampio Jiménez Gómez

Nombre del profesor:

María del Carmen López Silba

Nombre del trabajo:

Resumen (Técnicas)

Materia:

Fundamentos de la enfermería III

Grado:

Tercer cuatrimestre de la licenciatura en enfermería

Grupo: A

Comitán de Domínguez Chiapas a 30 de Julio del 2020

4.5 Técnica sobre Lavado Gástrico

Concepto: Es un procedimiento cuya creación se atribuye a Rivssman a mediados 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. En el medio sanitario representa claramente una mejor elección que la administración de un emético ya que la evacuación del contenido gástrico es inmediata.

Objetivo:

- 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.

Material y equipo: Charola con:

- Sonda nasogástrica (Levin) calibre 12 a 18 F, 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 ríton para secreciones o vómito.

- Cinta hipoalérgica de 2.5 a 3 cm.
- Hisopos, gasas, Toallas o compresas, cojín de hule o plástico, Pañuelos desechables, guantes, estetoscopio y abatelenguas.

Desarrollo del Procedimiento:

Intervención	Fundamentación
Lavarse las manos	• El agua y jabón sirven de arrastre mecánico a los microorganismos patógenos.
Preparar el equipo y trasladarlo a la Unidad Clínica, dejando la sonda en un recipiente con hielo	• La acción de frío sobre el material de hule es endurecerlo, situación que facilita el paso de la sonda, reduce la fricción y disminuye la irritación en la mucosa.
Asear nariz o boca con hisopos o gasas con abatelenguas, dependiendo del tipo de intubación	• Una cavidad libre de moco, líquidos o exudados se encuentra permeable.
Proteger la parte anterior del tórax con hule y toalla, y colocar debajo del mentón la bandeja de rinao	• Las medidas de protección previenen de lesiones en algunos órganos del cuerpo.
• Intubar de la forma siguiente: • calzarse los guantes. • extraer la sonda del hielo. • Humedecer la sonda. • Introducción con lentitud.	• La sonda, desde la punta de la nariz al íbulo de la oreja y de está al apéndice xifoideo. • Algunas sondas poseen marcas en las distancias apropiadas para introducir las a estomago, duodeno o yeyuno.
• Fijar la sonda con cinta hipoalérgica.	• La fijación adecuada de la sonda impide su retiro del estomago.
• Vigilar el estado del paciente, la permeabilidad de la sonda y la velocidad del flujo.	• El aseo bucal frecuente y la aplicación de una mezcla de limón y glicerina mantienen limpias las mucosas y permeables las glándulas salivales.

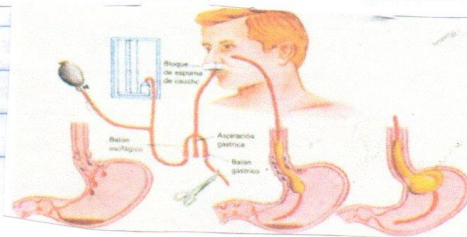
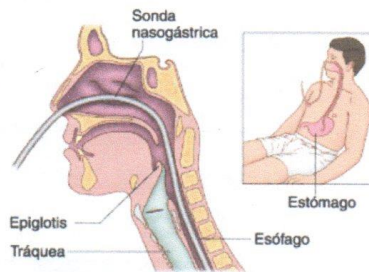
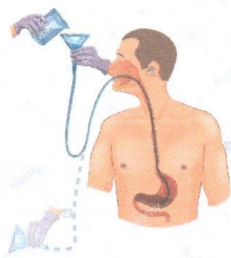
- **Indicaciones:** El lavado gástrico se debe emprender en un plazo no mayor de 60 min tras la ingestión del tóxico, puesto que es una técnica no exenta de riesgos, no debe realizarse de forma puntaria, sino que reservará única

y exclusivamente para aquellas intoxicaciones que sean graves y puedan poner potencialmente en peligro la vida del paciente.

• Posibles complicaciones si no se realiza bien el procedimiento: • Lógicamente, son posibles las lesiones mecánicas al rozar la sonda con el tubo digestivo, que pueden variar desde pequeñas erosiones hasta y a veces, hemorragias digestivas altas e incluso perforaciones esofágicas.

• Cuidados de enfermería:

- vigilar signos y síntomas de sangrado.
- Mantener en decubito la teta izquierda y en semifowler.
- vigilar signos vitales y nivel de conciencia.
- Retirar la sonda una vez terminado el lavado, según prescripción facultativa.



4.6 Técnica Sobre Aspiración o Lavado Gástrico

Concepto: Proporcionar los conocimientos necesarios para eliminar por procedimientos físicos o químicos el contenido de la cavidad gástrica. Lavado gástrico es un procedimiento mediante el cual el contenido del estómago se vacía para extraer elementos nocivos.

- Objetivos:**
- Eliminar líquidos y gases por descomposición del aparato digestivo alto.
 - Determinar la cantidad de presión y actividad motora en el tubo digestivo.
 - Obtener muestra del contenido gástrico.

Materiales y equipo:

- Guantes, Fonendoscopio, dos jeringas de 50 C.C. de cono ancho.
- Finzas de Kocher, equipo de aspiración y bolsa colectora.
- Solución prescrita, esparadrapo y batea y bolsa de residuos.

Desarrollo de procedimiento:

Intervención	Fundamentación
Lavarse las manos	• El agua y jabón sirven de arrastre mecánico a los microorganismos patógenos.
Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad clínica, dejando la sonda en un recipiente con hielo.	• La acción de frío sobre el material de hule es endurecerlo, situación que facilita el paso de la sonda.
Asear narinas o boca con hisopos con abatelengua, dependiendo el tipo de intubación.	• Una cavidad libre de mocos, líquidos o exudados se envía por la sonda.
Proteger la parte anterior del tórax con hule o toalla y colocar debajo la bandeja-rinón.	• Las medidas de protección previenen de lesiones en algunos órganos del cuerpo.

Intervención	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> • Intubar de la forma siguiente • Calzarse los guantes. • Extraer la sonda del hielo. • Humedecer la sonda. • Introducir con lentitud. 	<ul style="list-style-type: none"> • La sonda desde la punta de la nariz al lóbulo de la oreja y de esta al apéndice xifoideo. • Algunas sondas poseen marcas en las distancias apropiadas.
<ul style="list-style-type: none"> • Fijar la sonda con cinta hipoaérsica. 	<ul style="list-style-type: none"> • La fijación adecuada de la sonda impide su retiro del estómago.
<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el estado del paciente, la permeabilidad de la sonda y la velocidad del flujo. 	<ul style="list-style-type: none"> • El aseo bucal frecuente y la aplicación de una mezcla de limón y glicerina mantienen limpias las mucosas.

Indicaciones:

El lavado gástrico se debe emprender en un plazo no mayor de 60 min tras la ingestión del tóxico y, puesto que es una técnica no exenta de riesgos, no debe realizarse de forma rutinaria, sino que reservará única y exclusivamente para intoxicaciones.

Posibles complicaciones si no se realiza bien

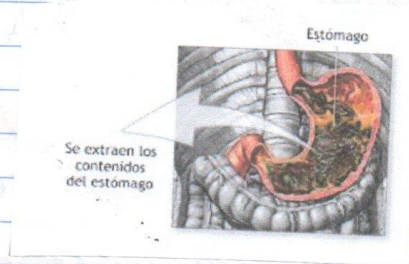
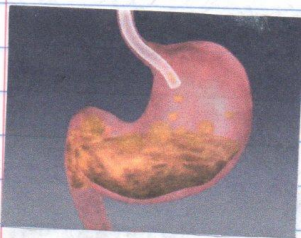
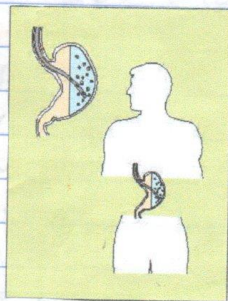
el proceso: • La principal complicación es la aspiración de material de origen digestivo, pudiéndose producir neumonías por aspiración e insuficiencias respiratorias graves.

También puede haber problemas en relación con las características del líquido empleado para el lavado, que se producen fundamentalmente en niños.

• Es frecuente que se produzcan pequeñas hemorragias conjuntivales, sobre todo en pacientes que no cooperan totalmente durante el procedimiento.

Cuidados de enfermería:

- Vigilar signos y síntomas de sangrado.
- Mantener en decúbito lateral izquierdo y semiFowler.
- Vigilar signos vitales y nivel de conciencia.
- Retirar la sonda una vez terminado el lavado, según prescripción facultativa.



4.7 Enemas evacuantes

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

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: Charola con equipo comercial de enema desechable o irrigador con tubo de conexión reutilizable o irrigador, adaptador, sonda Nelaton calibre 12 a 18 Fr para niños o 22 a 30 Fr para adultos, lubricante, pinzas hemostáticas, gases, bandeja-rinon, papel higiénico, guantes limpios, cinta adherible para fijación de sonda rectal en caso necesario, cómodo, protector de nuse, solución prescrita a temperatura de 37 a 40 °C y trípode.

Desarrollo del procedimiento:

Intervención	Fundamentación
Informar al paciente sobre el procedimiento	• La actitud del personal de enfermería influye en la actitud del paciente para obtener su colaboración.
Preparar el equipo en el cuarto de trabajo.	• La preparación del equipo previa al procedimiento, ahorra tiempo y esfuerzo.
Separar los guiteos 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	• La inserción lenta evita el espasmo del esfínter. • La eficiencia del procedimiento depende de la tranquilidad y reposo del paciente.

Intervención	Fundamentación
Administrar con lentitud la solución colocándola a una altura de 30 a 45 cm para un enema alto, 30 cm enema normal y 15 cm 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.
Controlar la salida de la solución contenida en el equipo comercial o en el irrigador.	<ul style="list-style-type: none"> • La presencia del dolor o malestar está determinada por el espasmo muscular del colon.
Extraer la sonda, desconectarla del tubo y cubrirla con papel higiénico, colocándola en bandeja de ríñon e indicar al paciente sobre la retención de líquido.	<ul style="list-style-type: none"> • El control de los esfínteres anales es voluntario en condiciones normales.

Indicaciones:

- Extraiga el aire antes de introducir la sonda.
- Introduzca la sonda rectal en adultos 10 cm; en niños de 5 a 7 cm y en lactantes de 2.5 a 4 cm.
- Administrarse el enema a temperatura indicada.

• Evite la entrada de aire al recto.

• Oriente al paciente que miccione antes de administrar el enema.

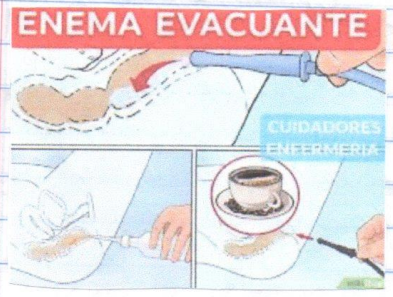
Posibles complicaciones si no se realiza bien el procedimiento:

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

- Debe aplicarse con cuidado al paciente con arritmia.
- Los enemas que contengan sodio deben usarse con precaución en personas con poca tolerancia y en los casos con trastornos por retención.

Cuidados de enfermería:

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



4.8 Técnica sobre lavados vaginales, (aso de viva o peris anal)

Concepto: Consiste en lavar o limpiar la parte interna de la vagina con agua u otras mezclas de líquidos.

Objetivos:

- Mantener la higiene de los genitales del paciente y prevenir infecciones.
- Prevenir las lesiones de la piel en pacientes incontinentes.

Materia y equipo:

• Bolsa de residuos, esponja sin jabón, guantes no estériles, jabón neutro, hidratante, crema barrera, pañal-brasa, papel higiénico, botella, cuña, palanquilla y toalla.

Desarrollo del procedimiento:

Intervención	Fundamentación
Coloque al paciente en decúbito supino.	<ul style="list-style-type: none">• Retire la ropa del paciente y abráelo con la sabana.• Evalúe la piel perineal.• Lave y seque la piel.
Estimule al paciente a participar en el autocuidado.	<ul style="list-style-type: none">• Involucra a los miembros de la familia o cuidadores.
Garantice la privacidad del paciente.	Mediante un biombo o cortina.
Lave y seque la piel.	<ul style="list-style-type: none">• Pida al paciente que flexione las rodillas.• Tire suavemente de nuevo los labios mayores y los labios menores e inspeccione la mucosa.• Separe, limpiando de adelante hacia atrás al periné.• Enjuague y seque bien.• Limpie el área rectal.• Enjuague y seque.

Indicaciones:

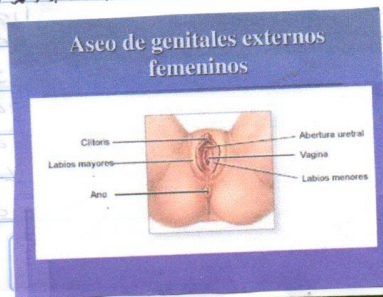
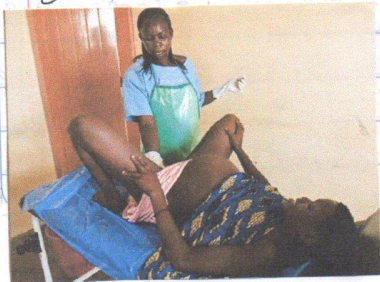
- Preparación del material
- Acercar el material a la cama del paciente.
- Comprobar la temperatura del agua.
- Lavarse las manos.
- Realización de la técnica.

Posibles complicaciones si no se realiza bien el procedimiento:

La importancia de la higiene corporal, desde la limpieza del pelo a la del cutis, pasando por el uso de desodorantes es muy importante hacer estos procedimientos para que sea exitoso esta técnica.

Cuidados de enfermería:

- Evitar la humedad en la zona genital.
- Si precisa lavado vaginal realizarlo con clorhexidina diluida.
- Si se usa compresa, observar color, olor y cantidad de flujo.
- Si se utiliza pañal de incontinencia o sonda vesical, seguir los protocolos.



4.9 Técnica de baño de esponja en el paciente en cama

Concepto: Es una técnica que permite el aseo o higiene general de un paciente confinado en cama, inmobilizado o al que, por su condición, no le está permitido asearse en tina o en ducha.

- Objetivos:**
- Se utiliza para limpiar el cuerpo.
 - Eliminar los malos olores, algunos microorganismos.
 - Eliminar las secreciones corporales.
 - Eliminar el sudor, el polvo, etc.
 - Estimular la circulación de la piel y generar una sensación de bienestar y relajación.

Materiales y equipo:

- una esponja o toalla de mano, un recipiente con agua fría, un recipiente con agua caliente, un balde o recipiente para el agua sucia, una toalla de baño, una toalla para la cara, un jabón con jabonera, algodón, ropa de cama, pijama hospitalario, bolsa de desperdicios.

Desarrollo del procedimiento:

Intervención	Fundamentación
Lavarse las manos	Preparar los materiales y llevarlos a la unidad.
Identificarse con el paciente y saludarlo.	Explicarle el procedimiento a realizar.
Iniciar el baño	Limpiar los ojos desde la nariz a la mejilla.
Enjuagar la esponja/extrimir y enjabonar	Lavar la cara en dirección descendente.
narial	

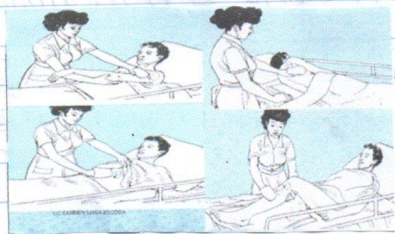
- Indicaciones:**
- Durante el baño se recomienda enjuagar la toalla o esponja de baño.
 - En el aseo de la zona genital, es conveniente cambiar el agua constantemente.
 - Al finalizar el baño, de ser necesario, se asean y se cortan las uñas de las manos y pies.
 - Evitar las corrientes de aire.

Posibles complicaciones si no se realiza bien el procedimiento:

- Si se trata de un anciano, es recomendable limpiar cuidadosamente las arrugas, enjuagándolas y sacándolas correctamente.
- Procurar que el paciente este siempre cubierto con la sábana durante las distintas etapas del baño.

Cuidados de enfermería:

• No es necesario realizar un baño completo diariamente, a menos que se trate de pacientes que presenten sudoración excesiva; sin embargo, esto dependerá de la valoración del personal a cargo del servicio de enfermería.



Bibliografía:

UDS.2020. Libro de fundamentos de la enfermería de Eva Reyes Gómez . Utilizado 30 de Julio del 2020.

UDS.2020. PDF de la antología de fundamentos de la enfermería III. Utilizado 30 de Julio del 2020.

URL:

<file:///E:/TERCER%20CUATRIMESTRE/FUNDAMENTOS%20DE%20LA%20ENFERMERIA%20III/PRIME%20UNIDAD/recursos/6ba9d3d9580505f4a80470e019aef53.pdf>