



NOMBRE DE ALUMNO: ADRIANA GUADALUPE ALBORES VENTURA.

NOMBRE DEL PROFESOR: MARÍA DEL CARMEN LÓPEZ SILVA

MATERIA: FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA II

CUATRIMESTRE: 3º

GRUPO: A

PASIÓN POR EDUCAR

COMITÁN DE DOMÍNGUEZ CHIAPAS A 30 DE JULIO DE 2020

1.5 y 1.6 Técnica sobre lavado gástrico.

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

Objetivos:

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

Equipo y material: Sonda nasogástrica, vasija con agua fría o trozos de hielo, vaso con solución o lubricante, pinzas hemostáticas, Bandeja-riñonera, cinta hipoalérgica, hisopos, gasas, toallas o compresas

Intervención

Técnica nasogástrica.

Fundamentación

1. Lavarse las manos	- El agua y jabón sirven de arrastre mecánico a los microorganismos patógenos.
2. Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad médica, dejando la sonda en un recipiente.	- La acción del frío sobre el material de hule es endurecerlo, facilitando el paso de la sonda, reducir la fricción y disminuir la irritación en la mucosa. - La comprobación de la permeabilidad de la sonda evita complicaciones en el paciente, así como pérdida de tiempo, esfuerzo y material.
3. Explicarle el procedimiento y colocarlo en posición sedente o de Fowler o semi	- La rectitud anatómica del tracto digestivo facilita la deglución y, por ende, el paso de la sonda.
4. Asear narinas o boca con hisopos o gasas con abateleaguas, dependiendo el tipo.	- La nariz o la boca son cavidades que comunican con el tubo digestivo. - Una cavidad libre de moco, líquidos o exudados se encuentra permeable.
5. Proteger la zona anterior del tórax con hule y toalla y colocarlo debajo del mentón la bandeja-riñonera.	- Las medidas de protección previenen de lesiones en algunos órganos del cuerpo.
6. Intubar (realizando el proceso con el objetivo adecuado)	- Desde la punta de la nariz al lóbulo de la oreja y de está al apéndice xifoides, asegura la distancia al estómago. - La lubricación reduce la fricción entre las mucosas y sonda. - La deglución ayuda a impulsar la sonda hacia la cavidad gástrica.

7. Fijar la sonda con cinta hipoalergénica.	La fijación adecuada de la sonda impide su retiro del estómago.
8. Realizar el procedimiento de acuerdo con el objetivo.	El cumplimiento de los objetivos previene de traumas emocionales y fisiológicos, se cumple un tratamiento y cuidado.
9. Vigilar el estado del paciente, la permeabilidad de la sonda y la velocidad del flujo.	una irrigación frecuente a la sonda con pequeñas cantidades de solución salina asegura su permeabilidad constante. Sensación de plenitud, meteorismo, náusea, vómito, diarrea son aspectos que se deben vigilar.
10. Logrados los objetivos, se retira la sonda con una pinza o toalla, previa explicación al paciente y retiro de las cintas de fijación.	un movimiento rápido, continuo y seguro durante la inspiración facilita la extracción de la sonda. La intubación prolongada puede producir erosiones de la piel a nivel del orificio nasal, sinusitis, esofagitis, úlcera gástrica, esofagotraqueal, fistula e infección pulmonar o bucal.
11. Desechar la sonda o lavarla con agua corriente para su esterilización.	El uso de material desechable previene de infecciones hospitalarias.

Indicaciones

- Aspiración de secreciones gastroduodenales en caso de paresia gástrica.
- Alimentación enteral o lavados gástricos.
- Estudio y eliminación del contenido gástrico.
- Prevención de broncoaspiraciones en enfermos con bajo nivel de conciencia.
- Diagnóstico de seguimiento de la hemorragia digestiva alta.

Complicaciones

Intubación nasotraqueal

Bronco aspiraciones

Epistaxis

Erosión esofágica.

Hemorragia gástrica.

Erosión nasal.

Otitis media.

Arcadas incoercibles.

Cuidados de enfermería.

- Registrar la intervención (fecha, motivo del sondaje, modelo, calibre e incidencias durante el proceso)
- Planificar fecha de cambio según tipo de sonda y cuidados de mantenimiento.
- Informar al paciente de las sensaciones que puede tener y hacerle participe en la medida de lo posible en su autocuidado.
- Evitar tirones y desplazamientos de la sonda.
- Cambiar fijación c/ 24 hrs y movilizar sonda para evitar úlceras. No se movilizara sonda, ni lavado gástrico en caso de intervención de cirugía gástrica o esófaga.
- Verificar la correcta colocación de la sonda antes de administrar medicamentos y lo alimentos
- Cuidar su higiene buco nasal.
- Mantener permeabilidad y vigilar aparición de náuseas, vómito o distensión abdominal que pueda indicar obstrucción de la sonda.
- Vigilar integridad de la sonda.
- Retirar sonda (colocar al paciente en posición Fowler, se pinza o tapona sonda y se retira fijación.
- Solicitar que inspire profundo y espire lento y prologado mientras se retira la sonda con un movimiento continuo y moderadamente rapido, en sentido rotatorio.

4.7 Enemas Evacuantes.

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

Objetivo ◦ Fomentar la defecación por medio de la estimulación del peristaltismo.

Mejorar en forma temporal el estreñimiento

Evacuar contenido intestinal con fines diagnósticos o terapéuticos.

Introducir soluciones con fines terapéuticos.

Material ◦ Charola con equipo comercial de enema desechable o irrigador con tubo

Y Equipo ◦ de conexión reutilizable, adaptador, sonda neolatón calibre 12 a 18 Fr

para niños o 22 a 30 Fr para adultos, lubricante, pinza hemostática,

gasas, bandeja-rinón, papel higiénico, guantes limpios, cinta adherible,

para fijación de sonda rectal en caso necesario, cánodo, protector de

hule, solución prescrita a temperatura de 37 a 40°C y trípode.

Técnica de instalación 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 adaptar sonda al irrigador y purgarla. Pinzar para cerrar.	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 colcha hacia la derecha, retirar almohada y colocar al paciente en posición de Sims izquierdo	Un mínimo de ropa sobre el paciente facilita el procedimiento La disposición anatómica del recto favorece el paso de la solución 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	La inserción lenta evita el espasmo del esfínter, la eficiencia del procedimiento depende de la comodidad y tranquilidad del paciente, la última etapa de transformación del residuo de la digestión se efectúa en el cólon.
6. Administrar con lentitud la solución. Altura 30 a 15cm para un enema alto, 30 cm para un enema normal	A mayor altura, mayor presión en la solución Las terminaciones nerviosas del recto son sensibles al cambio de temperatura.
7. 5 enema bajo	Las variaciones del recto estimulan el peristaltismo

7. Controlar la salida de la solución contenida en el equipo comercial o en el irrigador.	La cantidad de solución que se introduce por enema depende de la edad y estado del paciente. La tolerancia intestinal a la introducción de un líquido está determinada por el volumen, presión y velocidad.
8. Vigilar las reacciones del paciente durante la introducción de la solución.	Los movimientos bruscos favorecen la expulsión de la sonda. La persistencia de molestias o tensión abdominal indican el procedimiento de los objetivos trazados.
9. Extraer la sonda, desconectarla del tubo y cubrirla con papel higiénico.	El control de los esfínteres anales es voluntario en condiciones normales; los enemas de retención restablecen las heces y estimulan el reflejo de la defecación.
10. Indicar al paciente que vaya al sanitario o cómodo. Dejar a su alcance el timbre.	La posición sedente facilita la expulsión del contenido intestinal. La ropa húmeda es un factor que predispone a la formación de úlceras por presión.
11. Retira y cubrir el cómodo (observar sus características y descartarlo).	La ventilación en la unidad clínica es factor físico integrante del ambiente terapéutico.
12. Lavar las manos del paciente y dejarlo cómodo.	El agua y jabón eliminan los microorganismos saprofitos de la piel.
13. Elaborar el informe respectivo.	Las observaciones concernientes a cantidad y tipo de eliminación intestinal, están en relación con los hábitos tipo y cantidad de dieta, al estado hídrico y al padecimiento.

Indicaciones

En caso que sea una evacuación necesaria.

Pre y post-cirugía.

Parto y post-parto

Antes de rectoscopia, sigmoidoscopia y colonoscopia

Impactación fetal.

Antes de exámenes radiológicos.

Complicaciones

Alteraciones del bienestar

Ansiedad

Deterioro de la integridad tisular

La presencia de hemorragia difusa

Perforación tisular

La inserción.

Cuidados de enfermería

Comprobar la identidad del paciente.

Informar al paciente del procedimiento que se va a realizar y solicitar su colaboración.

Informar al paciente la importancia de retener todo el tiempo posible el enema y que puede sentir molestias abdominales.

Proporcionar intimidad.

Colocar el protector de la cama.

Situar al paciente en decúbito lateral izquierdo con la pierna superior flexionada ó posición Sims.

Recomendar al paciente que respire profunda y lentamente mientras dure el procedimiento.

Registrar en la hoja de procedimientos la técnica y el momento de realización.

Registrar las observaciones de enfermería la efectividad del enema y las características del contenido evacuado.

Observar el estado del paciente; por si sufre molestias abdominales mareo, sudoración, hipotensión.

Valorar la efectividad del enema.

Ayudarle a la higiene corporal cuando sea necesario.

4.8 Técnica Sobre Lavados Vaginales. (Caso de vulva o perianal)

Concepto : Procedimiento que se efectúa para obtener exudado vaginal

Objetivo : Investigar la presencia de microorganismos y células neoplásicas.

Material y Equipo : Especulo vaginal de cosco, agua estéril, guantes estériles; aplicadores o hisopos, pipeta con bulbo de hule o espátula de Ayre, portaobjetos de cristal

tubos de ensayo estériles y fijadores comerciales o solución alcohol-éter o flama.

Técnica de exuda vaginal

Intervención	Fundamentación
1 Indicarle al paciente que orine antes del procedimiento y colocar en posición ginecológica.	La presión intravesical estimula los centros superiores de la micción. El Apoyo emocional ante una situación de cambio evita un comportamiento que desorienta al individuo.
2 Calfarse los guantes e introducir el especulo para que se visualice la mucosa y el cuello.	La aplicación de lubricante en el especulo modifica el pH del exudo.
3 Obtener la muestra en el hocico del cuello uterino o del fondo del saco de douglas con un hisopo humedecido en solución salina o una espátula de Ayre.	La muestra obtenida en el cuello uterino informa 90% la detección de lesiones cervicales. El cancer cervicouterino es el más frecuente de las neoplasias en la mujer. En el frotis vaginal existen células escamosas superficiales, intermedias + parabasales.
4 Retirar el especulo vaginal, cubrir y ayudar a la paciente a bajarse de la mesa de exploración.	La sensación de malestar físico o psicológico puede afectar o indicar lesiones del organismo. La fricción es el que se opone al movimiento entre 2 superficies en contacto.
5 Enviar muestra al laboratorio clínico, antes rotulado y con la solicitud adecuada	La solución salina estéril conserva las propiedades de la muestra, El uso de fijadores evita su secado y destrucción celular.
6 Valorar los resultados obtenidos en el exudo vaginal	El aspecto celular se caracteriza por el tamaño y grado de estratificación del epitelio. El gonococo, bacilo de Koch, monilla, tricomona y hongos son elementos que forman parte de la flora en el exudo vaginal.

Indicaciones:

En pacientes que presentan prurito perivaginal con poca o ninguna secreción, úlceraciones lineales superficiales, en especial en la porción del introito, presencia de pápulas o papulo pústulas por detrás del área del eritema, secreciones espesas o adherentes, fluidas, flojas o grisáceas, fetidez vaginal o signos de cervicitis. Despiñaje de streptococcus agalactiae. Dolor al orinar, picazón vaginal, flujo espeso que huele mal, dolor durante el sexo.

Complicaciones:

Infecciones vaginales

Enfermedad inflamatoria pélvica

Complicaciones durante el embarazo o relaciones con el embarazo mayor riesgo de un parto prematuro o embarazo ectópico.

Dificultad para quedar embarazada.

Cuidados de enfermería.

Realizar lavado de manos.

Informar a la paciente

Brindar privacidad e intimidad

Desnudar y cubrir al paciente

Pedir a la paciente que flexione las rodillas o ayudarle

Anotar en los registros de enfermería posibles incidencias.

Proteger al paciente de caídas.

Colocarse los guantes

Separar las piernas al paciente y los labios vulvares (lavarlos)

Enjuagar y secar bien con la toalla.

Recoger material

Retirarse los guantes y realizar lavado de manos.

1.9 Técnica de baño de esponja en el 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 la comodidad y bienestar.

Equipo y Material: 2 Recipientes, uno con agua fría y otro con agua caliente; lavamanos o equilibrio, recipiente para agua sucia, Jabonera, toallas grandes, Faciales o paños, apósitos, torundas de algodón, camison, aplicadores, Ropa para cama, guantes, pinza, talco, loción o alcohol y un recipiente para ropa sucia, comodo.

Técnica de baño.

Intervención	Fundamentación
1 Preparar el equipo en el cuarto de trabajo.	Disminuye esfuerzos y optimiza las intervenciones de enfermería.
2 Explicar el procedimiento y ofrecer el cómodo.	Contribuye al bienestar físico del paciente, favorece las relaciones interpersonales entre individuos.
3 Retirar los utensilios de la mesa de noche.	El orden y la reducción de microorganismos aumenta la seguridad del medio.
4 Trasladar el equipo a la unidad clínica.	Evita o disminuye la pérdida de tiempo y energía.
5 Aflojar la ropa de cama.	Se esparcen los microorganismos patógenos por el aire.
6 Realizar cepillado bucal.	Disminuye al retirar la placa dentobacteriana blanda y sarro.
7 Colocarle en posición decúbito dorsal.	Reduce el riesgo y esfuerzo de los músculos como también la fatiga.
8 Colocar su cabeza sobre el ordo de hule.	Disminuye el esfuerzo y previene lesiones.
9 Lavar y enjuagar la cara.	libera la grasa protectora de la piel, y mantener la piel suave sin grietas.
10 Limpiar los espacios subungales.	Son fuente de contaminación.

Intervenciones

Fundamentación

Lavar el brazo proximal	una epidermis sana depende de un cuerpo sano
Colocar al paciente en decúbito dorsal	Los movimientos aumentan la circulación sanguínea
Secar los pies haciendo ligera presión	Favorece un medio para el desarrollo de bacterias, hongos
Secar espacios, dar masaje a los pies	Se desarrollan desde las células de la epidermis.
Realizar asco de genitales	Algunas sustancias lesionan las mucosas.
Indicarle que realice el asco	Las mucosas sanas e intactas son impermeables.
Colocar apósitos o gasas	Es un medio para la proliferación de microorganismos
Colocar guantes y limpiar vulva	El pH de las secreciones vaginales es ácido
Secar genitales	La humedad favorece el desarrollo de bacterias
Colocar apósitos, pantaleñas	Contribuye a percibir un ambiente agradable
Proceder al arreglo de la cama	Previene lesiones.
Peinar y terminar su arreglo personal	Produce bienestar.
Retirar el equipo y dejarlo limpio	Favorece un uso correcto
Informar sobre observaciones hechas.	Es de especial importancia cuando tiene una piel delicada o sensible.

Indicaciones

Fractura de cadera

Desorientados

Por estado de salud, no puede abandonar la cama.

Los que no se pueden sostener por sí solos.

Complicaciones

Úlceras por presión, debilidad muscular

- mala praxis

Atrofia por desuso

- morbilidad

Contracturas

- Reducir la calidad de vida

Osteoporosis

- Larga estancia hospitalaria.

Cuidados de Enfermería.

Explicar al paciente o cuidador las razones del reposo en cama

Posicionar al paciente con una alineación correcta

Mantener la ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas

Utilizar dispositivos que protejan al paciente

Cambiar de posición

Vigilar el estado de la piel (conservando su integridad)

Enseñar al paciente ejercicios de cama

Realizar aseo $q/24$ hrs

Aumentar la comodidad y autoestima del paciente

Prevenir la aparición de úlceras por presión e infecciones

Mejorar la circulación sanguínea y la hidratación de la piel.