



Nombre de alumno: María De Jesús Pascual Pedro

Nombre del profesor: López Silva Maria del Carmen

Nombre del trabajo: Resumen.

Materia: Fundamentos de enfermería III

Grado: 3º cuatrimestre

Grupo: B

Técnica del 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 pte. 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 ptes, 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 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 riñón para secreciones o vomito.

2 ▷ Cinta hipoalergénica de 2,5 a 3 cm.

2 ▷ Hisopos, gasas.

2 ▷ Toallas o compresas.

2 ▷ Cojín de hule o plástico.

2 ▷ Pañuelos desechables.

2 ▷ Guantes.

2 ▷ Estetoscopio.

2 ▷ Abatelenguas.



Técnica de intubación nasogástrica

Intervención	Fundamentación.
1.- Lavarse las manos	<ul style="list-style-type: none">• 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.	<ul style="list-style-type: none">• La acción del frío sobre el material de hule es endurecerlo, situación que facilita el paso de la sonda, reducir la fricción y disminuir la irritación en la mucosa.• Las sondas están hechas de sílicona, hule, o poliuretano, diámetros peg, muy flexibles, reduce la irritación y el malestar durante la deglución.• Comprobación de la permeabilidad de la sonda evita complicaciones en el pte, así como pérdida de tiempo, esfuerzo y material.
3.- Explicarle el procedimiento al pte y colocarlo en posición sedente o fowler o semifowler.	<ul style="list-style-type: none">• La rectitud anatómica del tracto digestivo facilita la deglución y el paso de la sonda.

<p>4º Asear narinas o boca con hisopos o gasas con abatelenguas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nariz o boca son cavidades que comunican con el tubo digestivo. • Una cavidad libre de moco, líquidos, se encuentra permeable.
<p>5º Proteger la parte anterior del tórax con hule y toalla, colocar debajo del mentón la bandeja.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Las medidas de protección previenen de lesiones en algunos órganos del cuerpo.
<p>6º Intubar de la sig. forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocarse los guantes. • Extraer la sonda del hielo para medir a parte que se va introducir. • Humedecer la sonda con sol. fisiológica. • Introducir con lentitud la sonda a nasofaringe posterior, por nariz y pedirle que degluta sorbos de agua para facilitar su avance. • Indicarle que flexione el cuello sobre el tórax y respirar con profundidad una vez pasados 7 a 8 cm de longitud de la sonda. 	<ul style="list-style-type: none"> • La longitud de la sonda desde la punta de la nariz al lóbulo de la oreja y de estar al apéndice xifoideo, asegura la distancia hasta el estómago (56-66 cm), de un adulto promedio. • Algunas sondas poseen marcas en las distancias apropiadas para introducir a estómago, duodeno o yeyuno. • La lubricación reduce la fricción entre mucosas y sonda. • Un estímulo en la faringe y úvula produce el reflejo de náuseas. • Por acción de la gravedad, la sonda es atraída al estómago. • La deglución ayuda impulsar la sonda. • La aspiración de contenido gástrico indica la ubicación de la sonda. • Los paroxismos de tos indican la ubicación de la sonda en tráquea. • La fijación adecuada impide el retroceso del estómago. • El aseo bucal frecuente y aplicación de sonda cantidades de sol. salina asegura su permeabilidad constante. • Un sondaje nasogástrico o manipulación prolongada pueden originar erosión nasal, esofagitis e infección pulmonar.

- En caso que no pueda entubarse, retirar la sonda y probarse, retirar la sonda y probar en nariz contraria.
- Comprobar que la sonda está en estómago.

7.º Fijar la sonda con cinta hipoaérgica

- La fijación adecuada de la sonda impide su retiro.

8.º Realizar el procedimiento de acuerdo con el objetivo deado.

- El cumplimiento de los objetivos previenen de traumas emocionales y fisiológicos, así mismo se cumple con un tx y cuidado integral.

9.º Vigilar el estado del pte, la permeabilidad de la sonda y la velocidad del flujo.

- El asco bucal frecuente y la aplicación de una mezcla de limón y glicerina mantienen limpias las mucosas y permeables las glándulas salivales favoreciendo la salivación.
- Sensación de plenitud, meteorismo, náusea, vómito, diarrea o estreñimiento son aspectos que deben vigilarse durante la administración de alimentos o medicamentos.

10.º Logrados los objetivos se retira la sonda con una pinza o toalla, previa explicación al pte. y retiro de las cintas de fijación.

- La respiración profunda y espiración lenta ayuda a prevenir la aspiración de líquidos o inhalación de la sonda.
- La intubación prolongada pueda producir erosiones de la piel a nivel del orificio nasal, sinusitis, esofagitis, úlcera gástrica.

11.º Desechar la sonda o lavarla con agua corriente para su esterilización, dependiendo del tipo de material usado.

- El uso de material desechable previene de infecciones hospitalarias.

Indicaciones:

- ↳ Parada cardio-respiratorio
- ↳ Obstrucción de la vía aérea.
- ↳ Traumatismo craneoencefálico.
- ↳ Insuficiencia respiratoria
- ↳ Necesidad de aislamiento o protección de la vía aérea.

Posibles complicaciones:

- ↳ Bradicardia
- ↳ Neumotórax por barotrauma.
- ↳ Ruptura/fuga del balón del tubo provoca pérdida del sello durante la ventilación.
- ↳ Broncoespasmo
- ↳ Infección

Cuidados de enfermería:

- ↳ Control constante de los signos vitales.

↳

↳

↳

↳

Técnica de la aspiración gástrica

Concepto:

Es un procedimiento habitual en los cuidados de enfermería y utilizada para evacuar sustancias tóxicas del estómago.



Objetivos:

- ▶ Obtener muestras de ácidos estomacales para Dx.
- ▶ Controlar la hemorragia
- ▶ Evacuación de la máxima dosis de tóxico ingerido.

Equipo y material:

- ▶ Guantes
- ▶ Estetoscopio
- ▶ Gafas protectoras
- ▶ Dos jeringas
- ▶ Sonda Levin.
- ▶ Pinza de Kocher
- ▶ Equipo de aspiración
- ▶ Bolsa colectora
- ▶ Bata
- ▶ Bolsa de residuos.

Intervención	Fundamentación
• Coloque la sonda nasogástrica según el procedimiento a realizar.	• Se realiza vaciamiento gástrico mediante lavado en personas que hayan ingerido un tóxico.
2.º Coloque al pte en posición decubito lateral según el procedimiento a realizar	• La máxima eficacia se consigue en una hora.

3º Lubrique la sonda	• Se recomienda el uso de sondas de grueso calibre
4º Verifique la colocación de la sonda.	• Monitorizar la vitalografía del pte y el monitor cardiaco.
5º Antes de iniciar el lavado extraiga el contenido gástri	• Con la finalidad de extraer toda las sustancias que afecten al pte.
6º Introduzca y extraiga, repetidamente la solución salina	• Al terminar retire la sonda cuando se estime que ya no hay es necesaria.

Indicaciones:

1º El lavado gástrico es contraindicado en ptes con:

- Vías respiratorias no protegidas.
- En ptes con disminución de nivel de concentración.
- Ingestión de causticos.
- Estenosis esofágicos
- Ingestión de hidrocarburos
- Sustancia tóxica en cantidad pequeña.
- Alcoholes - Ingesta de objetos punzantes.

Posibles complicaciones:

- 1º Broncoaspiración.
- 2º Epitaxis.
- 3º Erosión esofágica. y nasal
- 4º Otitis media
- 5º Intubación nasotraqueal.

Cuidados de enfermería:

- 1. Controlar de signos vitales
- 2. Tratar de calmar al pte y brindar comodidad
- 3. Conservar/permanecer permeables las vías respiratorias y administrar oxígeno si es necesario.
- 4. Procurar descubrir la naturaleza del veneno y cantidades ingeridas.
- 5. Lavado gástrico; según indique el caso; para evitar la absorción del mismo.

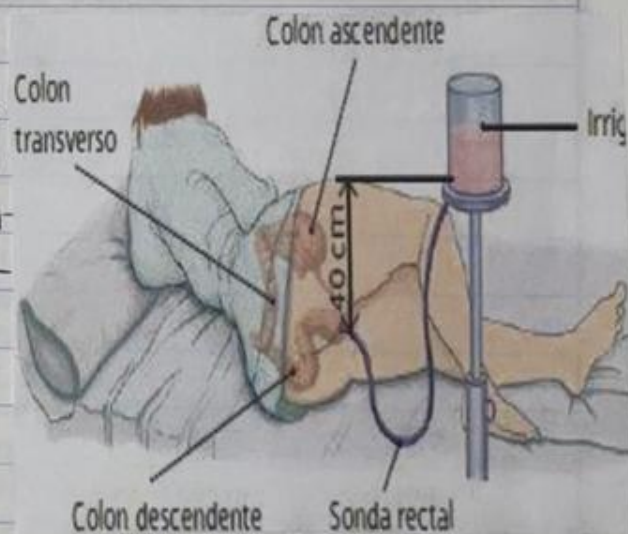
Enemas evacuantes.

Concepto:

En la actualidad, los enemas se encuentran en el mercado para utilizarse en una sola acción por ello es mayor la seguridad y se facilita su aplicación. Los enemas se clasifican según su acción u objeto: de limpieza, germinativos, de retención y flujo de retorno.

Objetivos:

- 1. Fomentar la defecación por medio de la estimulación del peristaltismo.
- 2. Mejorar en forma temporal el estreñimiento.
- 3. Evacuar el contenido intestinal con fines Dx o Tx.



Equipo y materiales

• Charola con equipo comercial de enema desechable o irrigador con tubo de conexión reutilizable, adaptador, sonda neblón calibre 12 a 18 Fr, niños, 22 a 30 Fr para adultos, lubricante, pinza hemostática, gasas, bandeja - niño, papel higiénico, guantes, cinta adhesiva, para fijación, cómodo, protector de hule, solución prescrita a temperatura de 37 a 40°C y tripode.

Intervención.	Fundamentación.
1º Informar al pte sobre el Procedimiento.	• La actitud del personal de enfermería influye en la actitud del pte para obtener su colaboración.
2º Preparar el equipo en el cuarto de trabajo y trasladarlo a la unidad clínica.	• Preparación del equipo previa al procedimiento, ahorra tiempo y esfuerzo al personal de enfermería.
3º En caso de no contar con equipo comercial, adaptar tubo de conexión y sonda al irrigador y purgarla. Pinzar para cerrar el tubo.	• La presión de gases contra las paredes intestinales provoca molestia. • El aire introducido en el recto causa una distensión innecesaria.
4º Doblar la colcha hacia la piecera al pte, en posición de Sims 12a, poniendo un protector de hule por debajo de la región glútea.	• Un mínimo de ropa sobre el pte facilita las maniobras durante el procedimiento. • La disposición anatómica del recto favorece el paso de la sol. • El paso de sol. 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.

5º Separar los gluteos e introducir el extremo proximal del equipo o lubricarlo la sonda e introducir de 7.5 - 10 cm con lentitud en el recto en dirección del ombligo. Abrir la pinza para permitir que el liquido fluya por declive o comprimir el envase del equipo.

- La inserción lenta evita el espasmo del esfinter.
- La eficiencia del procedimiento depende de la tranquilidad y reposo del pte.
- La irritación al TM puede provocar contracción lesiones y malestar físico.
- El recto es una cavidad septica 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 efectúa en el colon.

6º Administrar con lentitud la sol. colocandola 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.

- A mayor altura, mayor presión en la solución.
- Las terminaciones nerviosas del recto son sensibles al cambio de temperatura.
- Las variaciones de T° en el recto estimulan el peristaltismo.

7º Colocar la salida de la sol. contenida en el equipo comercial o en el irrigador.

- La presencia de dolor o malestar está determinada por el espasmo muscular del colon.
- La cantidad de sol. que se introduce por enema depende del tipo de esta, edad y estado del pte.
- El enema de limpieza requiere por lo gral. de 500 a 1000 ml. de vol. 37 a 40 °C, en tanto que el de retención requiere de 9 a 120 ml. a la misma T°.
- La tolerancia intestinal a la introducción de un liquido está determinada por la presión, velocidad y vol. introducida.

8º Vigilar las reacciones del pte durante la introducción de la solución.

- Las afecciones del conducto gastrointestinal, inactividad física, parálisis, depresión general.
- Las mov. bruscas favorecen la expulsión de la sonda.

9.º Extraer la sonda, desconectar del tubo y cubrirlo con papel, colocandola en bandeja o riñon e indicarle al pte.	<ul style="list-style-type: none"> • La posición sedente facilita la expulsión del contenido intestinal. • La ropa húmeda es un factor a la formación de úlceras por presión.
10.º Indicar al pte que vaya al sanitario o colocarlo sobre un comodo.	<ul style="list-style-type: none"> • La posición sedente facilita la expulsión del contenido intestinal.
11.º Retirar el comodo, cubrirlo con protector y llevarlo al cuadro septico para observar las características del material expulsado y asearlo.	<ul style="list-style-type: none"> • La ventilación en la unidad clínica es factor físico integrante del ambiente terapéutico. • El agua
12.º Lavar las manos del pte y dejarlo comodo.	<ul style="list-style-type: none"> • El agua y el jabon eliminan los microorganismos de la piel del pte.
13.º Elaborar el informe respectivo.	<ul style="list-style-type: none"> • Las observaciones concernientes a cantidad y tipo de eliminación intestinal, estan en relacion con habitos, tipo y cantidad de dieta, al estado hidrico y al tipo de padecimiento.

Indicaciones:

1. No forzar la introducción de la sonda, si esto sucede puede provocar perforación intestinal.
2. Suspender la administración en caso que el pte refiera dolor abdominal o hemorragia.
3. comprobar que no exista contraindicaciones para administrar el enema.
4. Administrar con precaución en pacientes cardiopatas.

Complicaciones:

- ↳ Inflamación en los tejidos que rodean el colon.
- ↳ Obstrucción del tracto gastrointestinal.
- ↳ Desgarro en la pared del colon.
- ↳ Trauma o irritación a la mucosa.
- ↳ Alteraciones electrolitas
- ↳ Hipervolemia/intoxicación por agua/deshidratación.
- ↳ Mareos y debilidad.
- ↳ Distitrias cardiacas
- ↳ fallo cardiaco agudo.
- ↳ Retención de la enema.

Cuidados de enfermería:

- ↳ Extraiga el aire antes de introducir la sonda.
- ↳ Administrar el enema a la T° indicada.
- ↳ Evitar la entrada de aire al recto
- ↳ Lubricar la sonda o cánula evitando de esta forma molestias al pte.
- ↳ Se deben tener presente el calibre de la sonda o cánula según la edad, características del pte y tipo de enema.
- ↳ Orientar al paciente que miccione antes de administrarle el enema.

Técnica de baño de esponja en el paciente encamado.

Concepto:

Es el aseo general que se realiza a un pte, que no puede o que no está permitido asearse en la ducha, esta implica que la frecuencia de baño depende de la condición física del pte, sus hábitos personales, su actividad o el estado que guarda su piel, la cantidad de transpiración y la cantidad de temperatura ambiente.



Objetivos:

- ▶ Fomentar hábitos higiénicos a través de la enseñanza sobre medidas higiénicas y otros aspectos en relación a la salud.
- ▶ Limpiar y proporcionar bienestar físico
- ▶ Eliminar las células muertas, las secreciones, sudor y el polvo. ▶ Favorecer la función circulatoria por medio de la movilización y el masaje.
- ▶ Valorar el estado de la piel y apendices
- ▶ Determinar el estado mental y emocional del paciente.

Equipo y material:

- ▷ Un banador. ▷ 1 recipiente o jarra con agua fría.
- ▷ 1 recipiente con agua caliente. ▷ Una toalla.
- ▷ Un balde para la agua sucia. ▷ Un jaboncito.
- ▷ Un mitón o paño. ▷ Una toalla de cara.
- ▷ Torundás de algodón. ▷ Tijeras o corta oñas.
- ▷ Ropa de cama, pijama hospitalario.
- ▷ Loción o crema, talco y bolsa.

Intervención	Fundamentación
1º Preparar el equipo en el cuarto de trabajo.	• Un equipo integrado disminuye esfuerzos y optimiza las intervenciones de enfermería.
2º Explicarle el procedimiento y ofrecerle el cómodo o orinal.	• Las medidas higiénicas contribuyen a que se sientan cómodos y descansados.
3º Cerrar puertas, ventanas, cortinas o colocar un biombo si es necesario.	• La comunicación favorece la relaciones interpersonales entre los individuos. • Una habitación de corrientes de aire y con Tº de 20 a 23º contribuye al bienestar físico del paciente.
4º Retirar los utensilios de la mesa, de noche y trasladar el equipo a la unidad del pte.	• El orden y la reducción del número de microorganismos aumentan la seguridad del medio.
5º Colocar una toalla sobre el torax del pte, y realizar el cepillado bucal.	• El mal aliento, disminuye al retirar los depositos de comida.
6º Retirar la ropa del pte, primero quitar la manga del brazo libre en caso de tener canalización	• Una maniobra cuidadora y posición correcta del frasco, evita lesión en el sitio de canalización.

<p>7º Colocar en posición de decubito dorsal, retirar la almohada y acercar la cabeza sobre el borde proximal superior de la cama.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajar lo más cerca del objeto o pte, reduce el esfuerzo de las músculos y como consecuencia la fatiga
<p>8º Colocar una toalla sobre el tórax del pte e introducir el colín de Kelly por debajo de los hombros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El uso de colín Kelly o hule protege la ropa de la ropa de la cama asegurando una corriente constante de agua.
<p>9º Proteger las conductas auditivas externas con torundas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El oído externo está constituido por el pabellón auricular y el conducto.
<p>10º Verter el agua templado con la jarra sobre el cabello y cabeza del pte.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La Tº corporal depende del flujo sanguíneo existente
<p>11º Aplicar jabón o shampoo, friccionar con las yemas de los dedos la superficie del cuero cabelludo y frotar el cabello cuantas veces sea necesario</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A mayor nº de microorganismos mayor cantidad y concentración del agente destructor,
<p>12º Enjuagar de forma constante dejando que el agua escurra a la cubeta por acción de gravedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El agua corriente favorece el arrastre mecánico de los microorganismos.
<p>13º Retirar las torundas de las conductas auditivas. Envolver el cabello con una toalla.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El secado perfecto de la piel ayuda a prevenir irritaciones y lesiones.
<p>14º Colocar una toalla facial sobre el tórax y secar ojos con torundas húmedas, nariz y oídos, con hisopo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El jabón irrita la piel y las mucosas. • El agua y jabón eliminan polvo, grasa y células superficiales.
<p>15º Con un paño húmedo lavar y enjuagar la cara iniciando por la frente, nariz, mejillas, mentón, cuello y pabellón auricular, primero del lado distal y luego proximal, en forma de 8</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El exceso de alcalinidad del jabón libera la grasa protectora de la piel. • Una Tº de 46 a 49º del agua para el baño no lesiona la piel. • Las lesiones o cremas mantiene la piel suave, libre de grietas.

16. Limpiar los espacios subungueales y si es necesario cortar las uñas.	• Los espacios subungueales son fuente de contaminación.
17. Lavav, enjabonar y secar la parte anterior del tórax y abdomen cubriéndolo con una toalla y secar con hisopo la cicatriz umbilical.	• Un baño con agua tibia favorece el descanso y sueño del pte. • Una piel sana e intacta es resistente a varios agentes químicos nocivos.
18. Secar genitales en igual orden en que se asearon.	• La humedad favorece el desarrollo de bacterias.
19. Colocar aposito, pantaletas o pantalón de pijama según el caso y dejar cómodo al pte.	• La sensación de frescura y limpieza contribuye a percibir de manera positiva un ambiente.
20. Retirar el equipo y dejarlo en condiciones de limpieza para usarse.	• Un equipo en óptimas condiciones favorece un uso correcto.
21. Informar sobre las observaciones hechas, reacciones del paciente y cuidados de enfermería proporcionados.	• La evaluación integral del pte es de especial importancia cuando tiene una piel delicada o sensible.

Indicaciones:

▶ Pacientes en estado de coma, politraumatizados, patológicos (AA. cardiopatías, etc.) cuadriplejicos o hemiplejicos, obesidad y posoperatorios.

Posibles complicaciones:

- ▶ Quemaduras en la piel.
- ▶ Úlceras por presión.
- ▶ Generar largas estancias hospitalarias.

Cuidados de enfermería:

- ▶ Guantes desechables.
- ▶ Torundas de algodón.
- ▶ Lubrificante hidrofóbico.
- ▶ Tinte.

Técnica de lavado vaginal

Concepto:

El lavado vaginal consiste en lavar o limpiar la parte interna de la vagina con agua u otras mezclas líquidas.

Objetivos:

La ducha vaginal es diferente a lavar la parte externa de tu vagina durante el baño. Enjuagar la parte externa de la vagina con agua tibia ya que no produce daño en la misma. Sin embargo, la ducha vaginal puede causar diferentes problemas de salud.

Equipo y material:

- Canula vaginal.
- Batea.
- Jarra graduada.
- Toalla grande.
- Toalla pequeña o papel higiénico.
- Protector de cama desechable.
- Solución limpiadora.
- Guantes desechables.
- Torundas de algodón.
- Lubricante hidrosoluble.
- Tripode.



1º Explicar el procedimiento a la pte.	• El procedimiento se ha descrito para una pte encamada.
2º Lavado de manos y ponerse las guantes.	• El TAE permanecerá con el paciente.
3º Colocarse a la pte, en posición litotómica y lubricarla con una toalla.	• La sol. debe de estar a 37°C. • Si la sol. drene por la vagina con facilidad no será necesario que la pte adopte un posición de Fowler.
4º La solución debe ser vaciada, vertir la sol. en el irrigador.	• El cambio de ropa interior es de suma importancia, ya que al no realizarlo puede provocar alteraciones en la parte vaginal.
6º Recoger materia y lavarlo.	• El mantener un espacio en orden mejora la realización de cualquier procedimiento.
7º Registrar el procedimiento realizado.	• Es importante realizar las anotaciones de enfermería, en cualquier procedimiento realizado.

Indicaciones:

- ▷ Brindar seguridad a la pte.
- ▷ Respetar la privacidad de la pte.
- ▷ Brindar una sabana a la pte.
- ▷ Asegurarse de sentir la zona íntima de la pte.
- ▷ Acomodar sabanas limpias al finalizar el procedimiento.
- ▷ Dejar cómoda a la pte.

Posibles complicaciones:

- ▷ Sangrado vaginal.
- ▷ Prurito.
- ▷ Irritación.
- ▷ Dolor vaginal.
- ▷ Hinchazón vaginal.

Cuidados de enfermería:

- ▷ Revisar que la pte, no presente dolor.
- ▷ Revisar que la pte, no presente irritación, prurito.
- ▷ Si la pte presente sangrado, dirigirla al médico.
- ▷ Mantener limpia la zona genital para evitar proliferación de hongos.

BIBLIOGRAFIA:

Reyes G.E. (2015). (2ed). Fundamentos de enfermería. Sonora, México: Manual Moderno. Recuperado el 30 de julio del 2020.

UDS. Universidad del sureste. (2020). Antología de fundamentos de enfermería III. PDF. Recuperado el 30 de julio del 2020.