



Licenciatura en enfermería

Nombre de alumno: César Abraham Morales Pérez

Nombre del profesor: María del Carmen López Silva

Nombre del trabajo: “TRABAJO DE TÉCNICAS EN ENFERMERÍA”

Materia: Fundamentos de enfermería III

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez, Chiapas a 30 de julio del 2020

Técnica del lavado gástrico

30/07/2020

→ 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 nutrirlo.
- Administrar medicamentos a la cavidad gástrica del paciente con fines terapéuticos.
- Eliminar líquidos y gases por descomposición del aparato digestivo alto.
- Determinar la cantidad de presión y cavidad motora en el tubo digestivo.
- Tratar pacientes 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.
- Vaso 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 vómito.
- Cinta hipodérmica de 2,5 a 3 cm.

30/07/2020

- Goggles, gasas
- Toallas o compresas.
- Cajín de hule o plástico.
- Pañuelos desechables.
- Guantes.
- Estetoscopio.
- Abateleguas.

→ Técnica de intubación nasogástrica.

Intervención

1.- Lavarse las manos.

2.- Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad clínica, dejando la sonda en un recipiente con hielo.



Fundamentación.

- El agua y el jabón sirven de arrastre mecánico a los microorganismos patógenos.
- 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 echas de silicona, hule o poliuretano, son de diámetros pequeñas y muy flexibles, reduce la irritación bucofaríngea y del esófago distal, necrosis por presión sobre la pared traqueoesofágica y el malestar durante la deglución.
- La comprobación de la

30/07/2020.

permeabilidad de la sonda evita las complicaciones.

3.- Explicarle el procedimiento al paciente y colocarle en posición sedente o de Fowler o semifowler.	• 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 alcohol yodado, dependiendo del tipo de intubación.	• La nariz o boca son cavidades que comunican con el tubo digestivo. • Una cavidad libre de moco, líquidos o exudados se encuentran permeable.
5.- Proteger la parte anterior del tórax con hule y balla, y colocar debajo del mentón la bandeja rínón.	• Las medidas de protección previenen de lesiones en algunos órganos del cuerpo.
6.- Intubar de la forma siguiente: → Calzarse los guantes → Extraer la sonda del hiebro para medir la parte que se va a introducir → Hacer pasar la sonda con succión fisiológica. → Introducir con lentitud la sonda a nasofaringe posterior, por la nariz y pedirle que degluta sorbos de agua para facilitar su avance	• La longitud de la sonda, desde la punta de la nariz al lóbulo de la oreja y de ésta al apéndice xifóides, asegura la distancia hasta el estómago (56-66cm) de un adulto de estatura promedio. • Algunas sondas poseen marcas en las distancias apropiadas para introducir las a estómago, duodeno o yeyuno.

30/07/2020

→ Indicarle que flexione el cuello sobre el tórax y respire con profundidad una vez puesto de 7-8 cm de longitud de la sonda.

→ En caso de que no pueda introducirse, retirar la sonda y probar en narina contraria.

→ Comprobar que la sonda se encuentre en estómago.



• Las sondas están provistas de marcas radiopacas y de un revestimiento activado por agua que proporciona una superficie lubricada.

• La lubricación reduce la fricción entre mucosas y sonda.

• La integridad de las mucosas evita la introducción de agentes patógenos.

• La introducción de materiales duros en la tráquea puede desarrollar neumonía lipóide.

• El conocimiento anatómico-fisiológico del tubo digestivo favorece la maniobra para pasar la sonda (sonda).

• Un estímulo en la faringe y úvula produce el reflejo nauseoso.

• La irritación de la mucosa nasal o estímulos emocionales causan la obstrucción de los conductos nasolagrímenes, produciendo la salida de lágrimas.

• Un tiempo de descanso favorece la adaptación del paciente a la sonda.

30/07/2010



- La deglución ayuda a impulsar la sonda hacia la cavidad gástrica.

- Un sondaje nasogástrico o manipulación prolongada pueden originar erosión nasal, esofagitis e infección pulmonar.

- La aspiración de contenido gástrico indica la ubicación de la sonda en el estómago.

- Los paroxismos de bps indican la ubicación de la sonda en la triángula.

7 - Fijar la sonda con cinta hipodérmica

- La fijación adecuada de la sonda impide su retiro del estómago.

8 - Realizar el procedimiento de acuerdo con el objetivo de sesión.

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

9 - 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, favoreciendo la salivación.

30/07/2020

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

- La respiración profunda y espiración lenta ayudan a prevenir la aspiración de líquidos o inhalación de la sonda.
- Un movimiento rápido, continuo y seguro durante la inspiración facilita la extracción a la sonda.

- La intubación prolongada puede producir erosiones de la piel a nivel del orificio nasal, sinusitis, esofagitis, fistula esofagotraqueal, úlcera gástrica e infección pulmonar o bucal.

11.- 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.

30/07/2020

→ Indicaciones

- Precaución en enfermos con caries esofágicas.
- * Aspiración de secreciones gastrointestinales en caso de paresia gástrica, íleo, etc.
- Alimentación enteral o lavados gástricos.
- Estudio y/o eliminación del contenido gástrico (tóxicos).
- Prevención de broncoaspiración en enfermos con bajo nivel de conciencia o problemas de deglución.
- Diagnóstico y seguimiento de la hemorragia digestiva alta.

→ Posibles complicaciones

- Broncoaspiración.
- Epistaxis.
- Erosión esofágica.
- Hemorragia gástrica.
- Erosión nasal.
- Otitis media.
- Arcadas incoercibles.
- Intubación nasotraqueal.

→ Cuidados de enfermería

- Control de funciones vitales.
- Tratar de calmar al paciente y brindar comodidad.
- Conservar permeables las vías respiratorias: Administrar oxigenoterapia según necesidad.
- Procurar descubrir la naturaleza del veneno y cantidades ingeridas.
- Lavado gástrico; según lo indique el caso; para evitar la absorción del veneno.

Técnica sobre la aspiración gástrica

30/07/2020.

→ Conceptos:

Es un procedimiento habitual en los cuidados de enfermería y utilizado durante décadas con el fin principal de evacuar sustancias tóxicas del estómago.



Su uso es más frecuente en los servicios de urgencias de los hospitales, donde las intoxicaciones agudas pueden llegar a representar entre 0,5% - 2% de los motivos de asistencia.

En la actualidad han variado los criterios para realizar este procedimiento y se desaconseja emplearlo de forma rutinaria.

→ Objetivo:

Extraer químicos tóxicos o alguna sustancia que se halla introducido en el interior del estómago del paciente y pueda afectar a su salud y en casos extremos llevarlo a la muerte.

→ Material y equipo:

- Sonda nasogástrica (Levin) calibre 12 a 18 F.
- Vasija con agua fría o trozos pequeños de hielo.
- Vaso con solución fisiológica o lubricante hidrosoluble.

30/07/2020

- Pinzas hemostáticas.
- Bundera en forma de riñón para secreciones o vómito.
- Cinta hipoalérgica de 2.5 a 3cm.
- Hisopos, gasas.
- Toallas o compresas.
- Cojín de hule o plástico.
- Pañuelos desechables.
- Guantes.
- Estetoscopio.
- Abatetenguas.

→ Desarrollo	Del Procedimiento ←
Intervención	Fundamentación.
<ul style="list-style-type: none">• Coloque la sonda gástrica según procedimiento a realizar.• Coloque al paciente decúbito lateral con un declive de 10° de la cabeza.• Lubrique la sonda.• Verifique la colocación de la sonda.• Antes de iniciar el lavado extraiga contenido gástrico.	<ul style="list-style-type: none">• Se realizará vaciamiento gástrico mediante lavado en pacientes que hayan ingerido algo tóxico.• La máxima eficacia se consigue en 1hr.• Se recomienda el uso de sondas de grueso calibre.• Monitorear la vitalografía del paciente y el monitor cardíaco.• Con la finalidad de extraer todas las sustancias que afectan al paciente.

30/07/2020

- Introduzca y extraiga, repetidamente la solución salina.
- Al terminar retire la sonda cuando se estime que ya no es necesaria.

→ **Indicaciones.** El lavado gástrico está **contra-**indicado en pacientes que:

- Tengan las vías respiratorias no protegidas
- En pacientes con disminución de nivel de conciencia.
- Ingestión de cáusticos (alcalis fuertes).
- Estenosis esofágicas.
- Ingestión de hidrocarburos
- Sustancia tóxica en cantidad pequeña
- Alcoholes.
- Con ingestión de objetos punzantes.

→ **Posibles complicaciones.**

- Broncoaspiración
- Epistaxis.
- Erosión esofágica.
- Hemorragia gástrica
- Erosión nasal
- Otitis media
- Arcadas incoercibles
- Intubación nasotraqueal.

30/07/2020

→ Cuidados de enfermería.

- Control de funciones vitales
- Tratar de calmar al paciente y brindar comodidad
- Conservar permeables las vías respiratorias y administrar oxígeno si es necesario.
- Procurar descubrir la naturaleza del veneno y cantidades ingeridas.
- Lavado gástrico; según lo indique el caso; para evitar la absorción del mismo.



Enemas evacuantes

30/07/2020



→ Concepto:

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

→ Objetivos:

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

→ Equipo y material:

Charola con equipo comercial de enema desechable o irrigador con tubo de conexión reutilizable, adaptador, sonda neblón calibre 12 a 18 Fr para niños o 22 a 30 Fr para adultos, lubricante, pinza hemostática, gases, bandeja de ríñon, papel higiénico, guantes limpios, cinta adherible para fijación de sonda rectal en caso necesario, cómodo, protector de hueco solución prescrita a temperatura de 37° a 40° y trípode.

30/07/2020.

Técnica de instalación de enema evacuante

Intervención	Fundamentación
1 • Informar al paciente sobre el procedimiento	• La actitud influye en el paciente
2 • Preparar el equipo en el cuarto de trabajo y trasladarlo a la unidad clínica	• La preparación del equipo ahorra tiempo y esfuerzo • La presión de los gases contra las paredes intestinales provoca dolor y molestias.
3 • En el caso de no contar con equipo comercial, adaptar tubo de irrigación y sonda al irrigador y purgarla. (Pasar por agua fría).	• El aire introducido en el recto causa una distensión innecesaria. • Un mínimo de ropa facilita las maniobras. • La disposición del recto favorece el paso de la solución.
4 • Doblar colcha y cubrir hacia la piétera, retirar la almohada y colocar al paciente en posición de Sims izquierdo, poniendo un protector de hule por debajo de la región glútea.	• La inserción lenta evita el espasmo de esfínter • El recto es una cavidad séptica que se realizan procesos que liberan gases • A mayor altura, mayor presión en la solución • Las terminaciones nerviosas del recto son sensibles al cambio de temperatura
5 • Separar los glúteos e introducir el extremo proximal del equipo comercial	• Las variaciones de la t° en el recto estimulan el peristaltismo.
6 • Administrar con lentitud la solución, colocándola a una altura de 30 a 45 cm.	

30/07/2020.

- | | | |
|----|---|--|
| 7 | Controlar la salida de la solución contenida en el equipo comercial o en el irrigador de enema. | • La presencia del dolor o malestar.
• La cantidad de líquido depende del tipo de enema. |
| 8 | Vigilar las reacciones del paciente durante la introducción de la solución. | • El enema de limpieza requiere de 500 a 1000 ml de volumen.
• La retención del enema es más fácil en posición yacente. |
| 9 | Extraer la sonda, desmontarla del tubo y cubrirla con papel higiénico cobrándola en bandeja-rinón e indicar al paciente sobre la retención del líquido. | • La ventilación en la unidad Clínica es factor físico integrante del ambiente terapéutico.
• El agua y el jabón eliminan los microorganismos saprofitos de la piel. |
| 10 | Indicar al paciente que vaya al sanitario o cobrándola sobre un cómodo (previa protección de la cama en hue). | • Las observaciones concernientes a cantidad y tipo de eliminación intestinal, están en relación con hábitos, tipo y cantidad de dieta, a estado hídrico y al tipo de participación. |
| 11 | Retirar el cómodo | |
| 12 | Lavar las manos del paciente y dejarlo cómodo. | |
| 13 | Elaborar el informe respectivo. | |

→ Indicaciones

- Mantener al paciente en la posición adecuada.
- Mantener solución dentro del paciente en tiempos adecuados.
- Dejar al paciente cómodo una vez retirado el cómodo.
- Vigilar la reacción del paciente al finalizar
- Asegurarse de haber extraído toda la sustancia.

30/07/2020

→ Posibles complicaciones

- Inflamación en los tejidos
- Obstrucción del tracto gastrointestinal
- Desgarro en la pared del colon.
- Sangrado rectal
- Dificultad crónica
- Estreñimiento persistente.
- Adelgazamiento sin causa aparente.

→ Cuidados de enfermería

- Mediar con analgésicos si es necesario
- Respetar al paciente
- Atenderlo en movilización si se le complica
- Si quiere apoyo para evacuar ayudarlo.
- Realizar cambios de ropa de cama si esta, está sucia.

Técnica de lavado vaginales

30/07/2020.

→ Conceptos



El término ducha, significa lavar o empapar. La ducha vaginal consiste en lavar o limpiar la parte interna de la vagina con agua u otras mezclas de líquidos. La mayoría de las duchas se venden en tiendas como mezclas, previamente preparadas, de agua y vinagre, bicarbonato de sodio o yodo. Las mezclas normalmente vienen en una botella o bolsa.

Debes rociar el interior de la vagina, con la ducha vaginal hacia arriba, mediante un tubo o pico. Luego la mezcla de agua sale hacia el exterior de tu vagina.

→ Objetivo

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



→ Material y equipo:

20/07/2020.

- Cánula vaginal
- Batea
- Jarra graduada.
- Toalla grande
- Toalla pequeña o papel higiénico
- Protector de cama desechable
- Solución Irrigadora
- Guantes desechables (2 pares).
- Torundas de algodón
- Lubricante hidrosoluble
- Pie de suero.

Procedimiento del lavado vaginal	
Técnica	Fundamentación
1- Explicar procedimiento al paciente.	El procedimiento se ha descrito para una paciente encamada.
2 Lavate las manos y ponte los guantes	• El TAE permanecerá con el paciente.
3 Coloca al paciente en posición de litotomía	• La solución debe estar a 37°
4 Cubre al paciente con una toalla	• Si la solución dreña por la vagina con facilidad no será necesario que la paciente adopte la posición de Fowler.
5 Solución debe ser vaciada	• La ducha vaginal es un procedimiento que puede realizar la paciente en su domicilio.
6 Vertir solución en el irrigador	• Debemos de cuidar la asepsia del procedimiento.
7 Cambiar la técnica no usada.	
8 Recoger material y lavarlo	
9 Informar al paciente que ya terminó.	

30/07/2020

→ Indicaciones:

- Brindar seguridad al paciente (Privacidad).
- Brindar una sábana para cubrir al paciente.
- Asegurarse de secar la zona íntima del paciente.
- Acomodar sábanas limpias al finalizar el procedimiento.
- Dejar cómodo al paciente.

→ Posibles complicaciones:

- Sangrado vaginal
- Prurito
- Irritación
- Dolor vaginal
- Enchazón vaginal.

→ Cuidados de enfermería:

- Revisar que el paciente no presente dolor.
- Revisar que el paciente no presente irritación.
- Revisar que el paciente no tenga prurito.
- Si el paciente presenta casos de sangrado dirigido al médico.
- Mantener limpia la zona vaginal para evitar proliferación de hongos.

20/07/2020.

"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.

→ Objetivos:

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

→ Equipo y material:

Dos recipientes, uno con agua fría y otro con agua caliente; lavamanos o tberib; recipiente para agua sucia; jabonera con jabón; 1 o 2 toallas grandes; dos toallas faciales o paños; apósitos, torundas de algodón; camisa 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, cómoda.



30/07/2020

Procedimiento del baño de esponja.

Intervención	Fundamentación
1.- Lávese las manos.	• La higiene se utiliza para limpiar el cuerpo.
2.- Explique el procedimiento.	
3.- Prepare el equipo y lleve al cubículo.	• Se utilizan sanitizantes para eliminar por completo residuos del cuerpo.
4.- Ofrezca el orinal o cómodo y ayúdele.	• La agua utilizada debe estar a temperatura de 37° para poder llegar al paciente y no causar espumas moleculares
5.- Proporcionar privacidad al paciente.	
6.- Eleve la cama a la altura que se le haga cómodo trabajar	• Debe de mantenerse alejado de lugares con corriente de aire.
7.- Realice el procedimiento de manera cefalocaudal.	
8.- seque al paciente.	

Indicaciones:

- Evitar corrientes de aire.
- Descubrir lo menos posible al paciente
- Cerciorarse de que el agua este a temperatura del cuerpo.

30 / 07 / 2020

→ Posibles complicaciones:

- Irritación corporal
- Alergias por los productos utilizados
- Crecimiento de hongos por no secar bien al paciente
- Crecimiento y formación de úlceras por presión.

→ Cuidados de enfermería:

- Verificar que el paciente esté seco.
- Verificar que la cama del paciente no haya quedado mojada
- Verificar que el paciente se sienta cómodo.
- Verificar que el paciente no se haya bastinado por si tenía alguna canalización.



Bibliografía:

Universidad Del Sureste. (UDS). (2020). Antología de fundamentos de enfermería. PDF, recuperado el 30 de julio del 2020 de: plataforma educativa digital UDS.

Reyes G. E. (2015). (2ed). Fundamentos de enfermería. Sinaloa, México: Manual Moderno.