



Nombre de alumnos: Keila Elizabeth
Velasco Briceño

Nombre del profesor: María del
Carmen López Silba

Nombre del trabajo: Resumen 4.5 – 4.9

Materia: Fundamentos de enfermería 3

Grado: 3 Cuatrimestre

Grupo: B

Comitán de Domínguez Chiapas a 30 de Julio del 2020

4.6 - SUCCIÓN GÁSTRICA

Es un procedimiento para vaciar los contenidos en el estómago, utilizando principalmente en evacuar sustancias tóxicas del estómago.

Su objetivo es eliminar las secreciones gástricas, aliviar la distensión abdominal y/o mantener la permeabilidad de los tubos gástricos, mediante aspiración continua o por efecto de gravedad.



Material y equipo.

- Sonda gastro-levin.
- Jalea lubricante.
- Guantes y Jeringa de 50 ml con sistema Luer.
- Cinta adhesiva antialérgica y Toalla.
- Gasas pequeñas.
- Frasco para muestra en caso de extracción
- Solución para irrigación
- Recipiente estéril (Bañero)

Equipo para colocar Sonda Nasogástrica:



Complicaciones.

- Hemorragia nasal
- Perforación gástrica
- Broncoaspiración

Procedimiento

Técnica

1- Lavarse las manos

2- Explicarle el procedimiento al Pte. y colocarle en posición Sudente o Fowler o semifowler

3- Aspirar nasinas o boca con hisopos o gasas con agua tibia.

4- Comenzar a intubar.

- Calzarse los guantes.

- Extraer la sonda para medir la parte en la que se va a introducir.

- Lubricar la sonda

- Introducir con lentitud la sonda y pedir que degluta.

- Flexionar el cuello sobre el tórax.

5- Comprobar si la sonda se encuentra en el estomago

6- Fijar la sonda.

Fundamento

- El agua y el jabón sirven de arrastre mecánico a los microbios.

- La rectitud anatómica del Trato digestivo facilita la deglución y por ende el paso de la sonda.

- Una cavidad libre de moco, líq. o exudados se encuentra permeable.

- La lubricación reduce la introducción difícil, fricción entre mucosas y sonda.

- La aspiración del contenido gástrico indica la ubicación de la sonda en el estomago

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

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

- Una buena fijación impide su retroceso del estomago.

LAVADO GÁSTRICO

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

Sus objetivos es 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, obtener muestra de contenido gástrico, etc.

Material y equipo.

- Sonda nasogástrica (levin) calibre 12 a 18 F. desechable.
- Vasija con agua fría o trozos pequeños de hielo.
- Vaso con solución fisiológica o lubricante hidrosoluble.
- Pinzas hemostáticas, hisopos, gasas.
- Bandeja en forma de ríñon para secreciones o vómito.
- Cinta hipoalérgica de 2.5 a 3 cm.
- Toallas o compresas, cojín de hule o plástico.
- Pañuelos desechables, guantes, estetoscopio, abatelengua.

Indicaciones médicas.

- * Evacuación de la cavidad gástrica
- * Distensión abdominal
- * Alimentación enteral
- * Toma de muestras.

Complicaciones

- * Lesiones Faríngeo-esofágicas
- * Hemorragias, perforaciones.
- * Problemas respiratorios, erosiones, etc.

Cuidados

- * Explicarle la atención que se le dará.
- * Posicionar adecuadamente al pte. para realizar la técnica.
- * Realizar higiene bucal, etc.

Técnica de Intubación nasogástrica.

Intervención

Fundamentación

1- Lavarse las manos.

• El agua y el jabón sirven de arrastre mecánico a los microorganismos.

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

• 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.

3- Explicarle el procedimiento al Pte. y colocarle en posición sedente o de Fowler o Semi Fowler.

• 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 en gasas, 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 encuentra permeable.

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

• 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 hielo

Para medir la parte que se va a introducir.

• La longitud de la sonda, desde la punta de la nariz el lóbulo de la oreja y de esta al apéndice xifoides asegura la distancia hasta el estómago.

Intervención

- Humedecer la sonda con solución fisiológica.
 - Introducir con lentitud la sonda a nasofaringe posterior por la nariz y pedirle que deguta.
 - Indicarle que flexione el cuello sobre el tórax y respirar con profundidad.
 - Comprobar que la sonda se encuentre en el estómago.
- 7- Fijar la sonda con cinta hipoalérgica.
- 8- Realizar el procedimiento de acuerdo con el objetivo deseado.
- 9- Vigilar el estado del pte. la permeabilidad de la sonda y la velocidad del flujo
- 10- Retirar la sonda con una pinza o fuerza
- 11- Desechar la sonda.

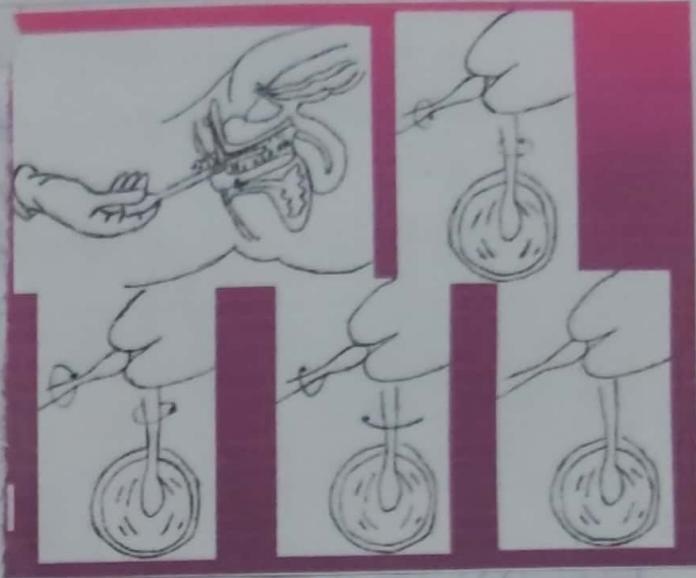
Fundamentación.

- La lubricación reduce la fricción entre mucosa y sonda
- La respiración profunda previene la aspiración de la sonda a la tráquea.
- La deglución ayuda a impulsar la sonda hacia la cavidad gástrica.
- La aspiración de contenido gástrico indica la ubicación de la sonda en el estómago.
- La fijación adecuada impide su retroceso del estómago.
- El cumplimiento de los objetivos previene de traumas emocionales y fisiológicos, asimismo se cumple con un tratamiento y cuidado íntero.
- El aseo bucal frecuente y la aplicación de una mezcla de limón y glicerina mantiene limpias las mucosas y permeable las glándulas salivales. Favoreciendo la succión
- Un movimiento rápido y continuo facilita la extracción de la sonda.
- Previene infecciones hospitalarias

LAVADO VAGINAL

Es una Práctica de lavar o Irrigar el interior de la vagina con agua u otras mezclas de líquidos.

Su objetivo es mantener la higiene necesaria en la región genital del pte. y evitar o disminuir infecciones.



Materiales y equipo.

- Cuña, Palangana o cubeta de agua tibia.
- Toalla, gel, Pinzas.
- Torundas de algodón.
- Guantes, Comercitas.

Indicaciones.

Los médicos recomiendan que no deberian darse duchas vaginales por que pueden cambiar el equilibrio necesario de la Flora vaginal y la acidez natural de una vagina saludable.

Problemas de salud por duchas vaginales

- VaginosiS bacteriana
- Enfermedad Inflamatoria Pélvica
- Infecciones de Transmisión sexual
- Irritación y sequedad vaginal
- Problemas durante el embarazo
- Dificultad para quedar embarazada.
- Riesgo de embarazo ectópico.
- Parto prematura



Procedimiento del lavado vaginal.

- 1- Informar a la paciente sobre la técnica a realizar.
- 2- Proporcionar intimidad a la paciente.
- 3- Lavarse las manos y casarse guantes.
- 4- Colocar a la paciente de cubito supino.
- 5- Descubrir el área genital.
- 6- Colocar la cuna.
- 7- Verter sobre la vulva agua tibia con la solución antiséptica.
- 8- Limpiar con torundas de algodón, siempre de arriba hacia abajo, las torundas empapadas de Jafón.
- 9- Secar con torundas de algodón, siempre de arriba hacia abajo.
- 10- Acomodar a la paciente.
- 11- Registrar en la hoja de incidencias encontradas.

BAÑO DE ESPONJA

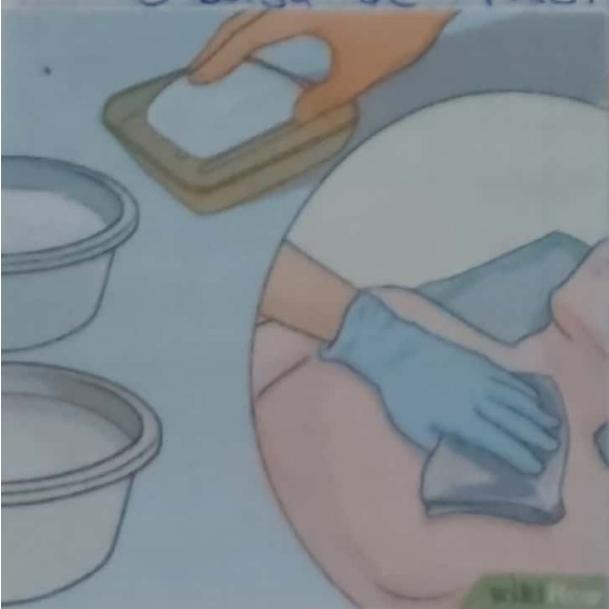
Es la limpieza general que se proporciona a un paciente en su cama, cuando no puede o no le está permitido bañarse en regadera o tina.

El objetivo es eliminar las células muertas, secreciones sudor y polvo, favorecer la función circulatoria por medio de la movilización y el masaje, lograr comodidad y bienestar.



Materiales y equipo.

- 2 recipientes (1 con agua fría y otro con agua caliente)
- Lavamanos o rebalillo, recipiente para agua sucia,
- Jabonera con jabón, 1 ó 2 toallas grandes, 2 toallas faciales
- apósitos, turundas de algodón, camison o pijama,
- aplicadores, juego de ropa para cama, guantes limpios,
- pinza, talco, loción o alcohol, recipiente para ropa sucia o bolsa de plástico, cómodo.



Recomendaciones.

- * Evitar las corrientes de aire.
- * Si el paciente es hombre tener que afeitarse.
- * Prestar atención a la piel de todo el cuerpo para descubrir lesiones, irritaciones, etc.

Procedimiento para el baño de esponja.

Intervención

Fundamento

- 1- Preparar el equipo en el cuarto de trabajo.
 - Un equipo integrado disminuye esfuerzos y optimiza las intervenciones de enfermería.
- 2- Explicar el procedimiento y ofrecerle el cómodo u oral.
 - Las medidas higiénicas contribuyen a que se sienta cómodo y descansado.
- 3- Cerrar puertas, ventanas, cortinas o colocar un biombo si es necesario.
 - Una habitación libre de corrientes de aire y con temperatura de 20 a 23°C constituye el bienestar físico del paciente.
- 4- Retirar los utensilios de la mesa de noche y limpiarla con paño húmedo, al igual que la silla.
 - El orden y la reducción del número de microorganismos aumentan la seguridad del medio.
- 5- Transportar el equipo a la unidad clínica, colocar los artículos para baño en la mesa de noche o puente y sobre la silla, la ropa de cama en orden inverso al que se va a usar.
 - La integración y colocación ordenada del equipo permite a la realización del procedimiento, esto a disminuir la pérdida de tiempo y energía.
- 6- Aflojar la ropa de la cama iniciando por la cabecera del lado contrario al que se encuentra el boro y retirar la ropa que lo cubre, excepto la sabana.
 - Al mover y sacudir la ropa sucia, se esparcen microorganismos patógenos por el aire.

Intervención

Fundamento.

- 7 Colocar una toalla sobre el tórax del paciente y realizar el cepillado bucal. Si es el caso, retirar y colocar la dentadura o prótesis dental.
 - El mal aseo, disminuye al retirar los depósitos de placa dentobacteriana blanda y sarro.
- 8 Retirar la ropa del pte. Primero quitar la manga del brazo que está libre.
 - Una maniobra cuidadosa y posición correcta del frasco evita lesión en el sitio de canalización y retorno sanguíneo en el catéter de infusión.
- 9 Colocarlo en posición de decúbito dorsal, retirar la almohada y acercar la cabeza sobre el borde proximal superior de la cama.
 - Trabajar lo más cerca del objeto o paciente reduce el esfuerzo de los músculos y como consecuencia, la fatiga.
- 10 Colocar una toalla sobre el tórax del paciente e introducir el cojin de Kelly por debajo de los hombros.
 - El uso del cojin Kelly o hule protege la ropa de la cama asegurando una corriente constante de agua.
- 11 Indicar al paciente que coloque su cabeza sobre el cojin de Kelly o hule.
 - Una posición correcta disminuye el esfuerzo y previene de lesiones.
- 12 Proteger los conductos auditivos externos con forradas.
 - El oído externo está constituido por el pabellón auricular y el conducto auditivo externo.
- 13 Verter agua templada con la jarra sobre el cabello y cabeza del pte.
 - La temperatura corporal depende del flujo sanguíneo existente.

Intervención

Fundamento

- 14- Aplicar Jabón o Champú, Friccionalar con las yemas de los dedos la superficie del cuerpo cabelludo y Frotar el cabello cuantas veces sea necesario.
 - A mayor número de microorganismos, mayor cantidad y concentración del agente destructor.
- 15- Enjuagar de forma constante, dejando que el agua escurra a la cabeza por acción de la gravedad.
 - El agua corriente favorece el arrastre mecánico de los microorganismos.
 - La gravedad es la fuerza de atracción ejercida por la Tierra.
- 16- Retirar las toallas de los conductos auditivos. Envolver el cabello con una toalla y elevar la cabeza del paciente.
 - El secado perfecto de la piel ayuda a prevenir irritaciones y lesiones.
- 17- Refectar la cara del Pte. Si es varón y proceder al toráx.
 - El agua caliente y Jabón o es puma reblandecen los tejidos, disminuyendo cortaduras o irritación.
- 18- Colocar una toalla focal sobre el torax y asear ojos con toallitas húmedas, nariz y oídos con hisopos.
 - El Jabón irrita la piel y las mucosas.
 - El agua y Jabón eliminan polvo, grasa y celo.
- 19- Con un paño húmedo lavar y enducar la cara iniciando por la frente, aplicar loción o crema.
 - El exceso de alcalinidad del Jabón libera grasa protectora de la piel.

Intervención

20- Colocar la toalla afeitada debajo del brazo distal y lavar, enjuagar, secar o movimientos giratorios, asear las manos.

21- Limpiar los espacios subungueales y si es necesario cortar las uñas.

22- Lavar enjuagar y secar la parte anterior del tórax y abdomen cubriéndole con una toalla y asear con hisopo la cicatriz umbilical, colocar camison limpio sobre tórax y abdomen.

23- Lavar el brazo proximal en igual forma que el distal y termina de poner el camison.

24- Colocar al pte. en decúbito lateral contrario al que está trabasando, extender una toalla sobre la cama y mover de la espalda y región glútea, asear la parte posterior del cuello, espalda y región glútea.

Fundamento.

• La piel contiene abundantes nervios cutáneos sensitivos para la percepción del dolor, tacto, calor y frío.

• Los espacios subungueales son fuente de contaminación.

• Un baño con agua tibia favorece el descanso y el sueño del paciente.

• Una piel sana e intacta es resistente a varios agentes químicos nocivos.

• Una epidermis sana defiende de un cuerpo sano.

• Una piel enrojecida es sintoma de úlceras por presión.

• Los movimientos aumentan la circulación sanguínea.

• La piel cubre toda la superficie del cuerpo y su epitelio guarda continuidad con el epitelio de los orificios externos de las vías digestivas, respiratoria y genitourinaria.

Intervención

25. Secar muy bien la piel y dar masaje con loción, alcohol o talco.
26. Sujetar el camión por la espalda o colocar el Saco de la pila y regresar al paciente a decúbito dorsal.
27. Colocar la toalla por debajo de las extremidades inferiores para asearlas iniciando por la extremidad distal, pidiendo al paciente que flexione la rodilla para lavar, enjuagar, secar muslos y piernas.
28. Colocar un lavamanos con agua por debajo de las extremidades inferiores e introducir los pies del pte. para su asecho sosteniendo el pie del talón y enjuagar a chorro del agua, secarlos, cubrirlos con la toalla de forma simultánea al retiro del lavamanos o lebrillo.
29. Secar los pies haciendo ligera presión.

Fundamento

- Las fricciones producen un efecto relajante.
- Proteger al paciente de fuerzas externas de entredad a través del uso de barreras de protección.
- Proteger un cuerpo sumergido en el agua pesando igual a su peso.
- El pedículo quita la congestión de los órganos profundos o de las partes distintas del cuerpo.
- El masaje activa la tensión muscular, disminuye el dolor y molestia general.
- El movimiento favorece un mejor retorno venoso.
- El espesor de la epidermis varía de 0.1mm - 1.0mm
- Una piel sin epidermis es muy permeable.
- Las glándulas sudoríparas se encuentran distribuidas en todo el cuerpo y la humedad favorece un medio para el desarrollo de bacterias, hongos, etc.

Intervención

30- Secar espacios interdigitales y cortar uñas si es necesario

31- Dar masaje a los pies siguiendo el sentido de la circulación venosa

32- Realizar aseo de genitales a pacientes varones, proporcionar un apósito para que asee sus genitales si está en condiciones de hacerlo ó realizarlo utilizando guantes.

33- Si es paciente del sexo femenino darle posición ginecológica e indicarle que se asee.

34- Colocar apósitos o gasas en pliegues inguinales si es necesario.

35- Colocarse guantes y hacer la limpieza de vulva con pinza, torundas, jabón líquido y agua a temp. corporal.

36- Colocar apósito, pantaletas o pantalón de pijama, según el caso y dejar cómodo al pte. después de secar los genitales

Fundamento

• Las uñas son placas corneas de queratina que se desarrollan desde las cél. epiteliales

• El masaje actúa la tensión muscular, disminuye el dolor y el malestar general.

• Algunas sustancias lesionan las mucosas.

• Las terminaciones nerviosas se hacen más sensitivas cuando aumenta el calor.

• Las mucosas sanas e intactas son impermeables a varios microorganismos.

• La humedad es un medio propicio para la proliferación de microorganismos patógenos.

• El pH de las secreciones vaginales es ligeramente ácido.

• La humedad favorece el desarrollo de bacterias.

• La sensación de frescura y limpieza contribuye a percibir de manera positiva un ambiente agradable.

Intervención

5. Proceder al arreglo de la cama con el paciente.
39. Peinar y terminar su arreglo personal en caso de que el paciente no puede hacerlo.
40. Retirar el equipo y dejarlo en condiciones de limpieza para usarse de nuevo.
41. Informar sobre observaciones hechas, reacciones del paciente y cuidados de enfermería proporcionados.

Fundamento:

- Una cama con las sábanas bien estiradas produce bienestar al Pte y previene lesiones en la piel.
- Un cabello limpio produce bienestar.
- Un cuerpo en óptimas condiciones favorece un uso correcto.
- La evaluación integral del paciente es de especial importancia cuando tiene una piel seca o sensible.

“EDEMA EVACUANTE”

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

■ Su objetivo es 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.



■ Materiales y equipo

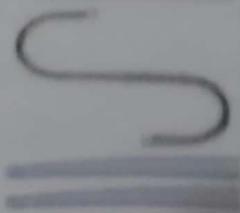
- Charola con equipo comercial de enema desechable @
- adaptador, sonda relación calibre 12 a 18Fr o 22 a 30Fr
- Lubricante, piezas hemostáticas, gasas, sillon, papel higiénico
- Guantes, cinta adherible para fijación de sonda rectal/
- Comodo, protector de nule, solución prescrita a temperatura de 37 a 40 °C y trípode.

■ Indicaciones:

Esta indicado para pacientes con constipación intestinal, preparación para ptes. que van a cirugía, para pte. con toma de Rx de colon

■ Complicaciones:

Inflamación en los tejidos que rodean el colon, Obstrucción del tracto gastrointestinal, desgarro en la pared del colon.



Scribe

Procedimiento del Edema Evacuante.

Intervención

Fundamento.

1- Informar al Paciente sobre el procedimiento.

• La actitud del Personal de enfermería influye en la actitud del Pte para su cooperación.

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.

3- En caso de no contar con el equipo comercial, adaptar tubo de conexión y sonda al irrigador y purgaria, pinzas para cerrar el tubo.

• 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 y cobertor hacia la piecera, retirar la almohada y colocar al paciente en posición de Sims Izq., 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 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.
• El recto es una cavidad séptica de 18 a 20 cm de largo, en el que se realizan procesos que liberan gases.
• La irritación al tejido muscular puede provocar contracción, lesiones y malestar físico.

o bien lubricar la sonda e introducir de 7-5 a 10 cm con lentitud.



Intervención

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

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

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

9- Extraer la sonda, desconectarla del tubo y cubrirlo con papel higiénico, colocándolo en el ríñon e indicar al pte. sobre la retención de liq.

10- Indicar al pte. que vaya al sanitario o colocarle el cómodo.

11- Retirar el cómodo, cubrirlo con protector y llevarlo al cuarto séptico para observar las características del material expulsado y asearlo.

Fundamentación.

• A mayor altura presión en la solución.

• Las terminaciones nerviosas del recto son sensibles al cambio de temperatura.

• La presencia de dolor o malestar está determinada por el espasmo muscular del colon.

• La cantidad de solución que se introduce por edema depende del tipo de este, edad y estado.

• Los movimientos bruscos favorecen la expulsión de la solución.

• El control de los esfínteres anales es voluntario en condiciones normales.

• El edema de limpieza requiere una retención del líquido durante 30s en tanto que la de retención cerca de 5 a 10 min.

• La posición sedente facilita la expulsión del contenido intestinal.

• La ventilación en la Unidad Clínica es factor integrante del ambiente terapéutico.

Intervención

12- Lavar las manos del paciente y dejarlo cómodo

Fundamentación

• El agua y el jabón eliminan los microorganismos saprofitos de la piel.

13- Elaborar el informe respectivo.

• Las observaciones concernientes a cantidad y tipo de eliminación intestinal, están relación con hábitos, tipo y cantidad de dieta, al estado hídrico y al tipo de padecimiento.

Fuente de información

* UDS. (2020). Antología Fundamentos de enfermería 3. Recuperado el 30/07/2020. PDF.

* Fundamentos de enfermería. Eva Reyes Gómez. Segunda edición. Ciencia y metodología y tecnología. Recuperada el 30/07/2020.