



Nombre del alumno: Shunashi Vinissa Medina Castillo

Nombre del catedrático: María del Carmen López Silba

Licenciatura: enfermería

Nombre del trabajo: resumen

Materia: Fundamentos de Enfermería III

Grado: 3er cuatrimestre

Grupo: "B"

Comitán de Domínguez Chiapas a 12 de septiembre del 2020

TECNICA SOBRE EL LAVADO GÁSTRICO

Es una técnica que permite vaciar el contenido del estómago para evitar que pase al resto del tubo digestivo y se absorba. Para ello se introduce una sonda a través de la nariz o la boca, y se extiende a través del esófago hasta llegar al estómago. Con esta sonda se puede absorber el contenido estomacal y se puede meter agua que limpie el interior del estómago.

OBJETIVO

Su objetivo es extraer del estómago la máxima cantidad de toxico y evitar así su absorción (1). Realizar el lavado gástrico con una técnica adecuada para conseguir la efectividad y reducir las posibles complicaciones.

MATERIAL

- * Sonda de Faucher, de un calibre de, al menos, 32 Fr.
- * Jeringa de 50 cc.
- * Embudo
- * Lubrificante
- * Pinza o sistema de clampaje
- * Guantes
- * Agua tibia
- * Carbón activado, si está indicado
- * Frascos de recogida de muestras toxicología
- * Pulsioxímetro
- * Material para canalización de vía venosa periférica

INTERVENCIÓN

1- lavarse las manos

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

3- Explicarle el procedimiento al paciente y colocarlo en posición supina, Fowler o semi-Fowler.

4- Aspirar nasinas o boca con hisopos o gases con abatelenguas, dependiendo del tipo de intubación

5- Proteger la parte inferior del tórax con hule y toalla, y colocar debajo del mentón la bandaja-riñón

FUNDAMENTACIÓN

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

• La acción de 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.

• La rectitud anatómica del tracto digestivo facilita la deglución y, por ende, el paso de la sonda.

• La nariz o boca son cavidades que comunican con el tubo digestivo.

• Una cavidad libre de moco, líquidos o exudados, se encuentra permeable.

• Las medidas de protección previenen de lesiones en algunos órganos del cuerpo.

INTERVENCIÓN

6.- Intubar de la siguiente forma:

- Calzarse los guantes
- Extraer la sonda del hielo para medir la parte que se va introducir.

- Humedecer la sonda con solución fisiológica

- Introducir con lentitud la sonda a nasofaringe posterior, por la nariz y pedirle que degluta sorbos de agua para facilitar su avance.

7.- Fijar la sonda con cinta hipodérmica

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

FUNDAMENTACIÓN

• La longitud de la sonda desde la punta de la nariz al lóbulo de la oreja y de ésta al apéndice xifoides.

• Las sondas están provistas de marcas radiopacas y de un revestimiento activado para agua.

• La lubricación reduce la fricción entre mucosas y sonda.

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

• Los paroxismos de tos indican la ubicación de la sonda en el tráquea.

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

• El cumplimiento de los objetivos previenen de traumas en cráneos y fisiológicos, al mismo se cumple con el tratamiento y cuidado int

INTERVENCIONES = FUNDAMENTACIÓN =

9.- Vigilar el estado del paciente, permeabilidad de la sonda y la velocidad del flujo.

• El uso bucal frecuente y la aplicación de una mezcla de limón y glicerina mantienen limpias las mucosas y permeables las glándulas salivales, favoreciendo la solución.

10.- Logrados los objetivos, se retira la sonda con una pinza o toalla 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.

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.

INDICACIONES

▷ Informar al paciente de la técnica que se le va a realizar

▷ Canalización de vía periférica

▷ Recoger muestras sanguíneas para estudio toxicológico

▷ Verificar que no exista deterioro del nivel de conciencia

▷ Valorar colocación de pulsoximetro y/o monitorización cardiaca.

▷ Retirar prótesis dentales, si tuvieran. Calentar agua.

▷ Colocar al paciente en la posición correcta.

TECNICA SOBRE ASPIRACION GÁSTRICA

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

OBJETIVO

Eliminar las secreciones gástricas, aliviar la distensión abdominal y lo mantener la permeabilidad de los tubos gástricos, mediante aspiración continua o por efecto gravitativo.

MATERIAL Y EQUIPO

- * sonda nasogástrica del calibre adecuado.
- * lubricante hidrosoluble.
- * Gasas estériles.
- * Rinonera
- * Espaldarapo hipoalérgico.
- * Jeringa de 50 ml o de alimentación.
- * Foleoscopio
- * Vaso con agua.
- * Tapón para sonda o pinzas.
- * Guantes desechables.
- * Según la indicación del sondaje se necesitará: bolsa colectora o sistema de aspiración.

INDICACIONES

- ▷ Identificación del paciente
- ▷ Informar al paciente del procedimiento a realizar
- ▷ Colocar al paciente en posición adecuada, posición Fowler
- ▷ Lavado de manos antes de ejecutar el procedimiento.
- ▷ Elegir sonda de calibre y tipo adecuado según procedimiento a realizar.

- ▷ Comprobar la permeabilidad de los facos nasales.

ENEMAS EVACUNTES

Se utilizan como tratamiento del estreñimiento. Fecalomas o retención fecal en general. el líquido suministrado suele ser de rápida acción, generando respuesta en menos de veinte minutos

OBJETIVOS

Limpieza del intestino como preparación para procedimientos diagnósticos y/o quirúrgicos. Enema es una solución que se introduce mediante una cánula, en el interior del recto y el colon sigmoideo a través del ano. Comprobar que el paciente y la indicación del enema son los establecidos en la prescripción médica.

- ▷ Fomenta la defecación por medio de la estimulación del peristaltismo
- ▷ Mejorar en forma temporal el estreñimiento.

EQUIPO Y MATERIAL

- * Charola con equipo comercial de enema desechable o irrigador con tubo de conexión reutilizable, adaptador.
- * Sonda Nelaton calibre 12 a 18 Fr para niños o 22 a 30 Fr para adultos.
- * lubricante
- * gasas
- * Papel higiénico
- * Pinza hemostática
- * bandeja - riñón
- * Guantes limpios
- * cinta adherible para fijación de sonda rectal en caso necesario,
- * Cómodo
- * solución prescrita.
- * Protector de hule

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 comercial, adaptar tubo de conexión y sonda al irrigador y purgarla. Pinzar 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 colocar hacia la pierna, retirar la almohada y

● un mínimo de ropa sobre el paciente facilita las maniobras durante el procedimiento.

Colocar al paciente en posición de Sims izquierdo, poniendo un protector de hule por debajo de la región glútea.

● la disposición anatómica del recto favorece el paso de la solución, por gravedad.

● el paso de solución 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.

INTERVENCIÓN

FUNDAMENTACIÓN

5.- Separar los glúteos 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 en dirección del ombligo. Abrir la pinza para permitir que el líquido fluya por declive o comprimir el encaje del líquido comercial.

● la inserción lenta evita el espasmo del esfínter

● la eficacia del procedimiento depende de la tranquilidad y reposo del paciente.

● la irritación al tejido muscular puede provocar contracción, lesión - Fiebre

Permitir que el líquido fluya por declive o comprimir el encaje del líquido comercial.

● El recto es una cavidad séptica de 18 a 20 cm de largo, en el que realizan procesos que liberan gases

● ciertos fármacos y el reposo prolongado inhiben de manera temporal la peristalsis.

6.- Administrar con lentitud la solución, colocándola a una altura de 30 cm

● A mayor altura, mayor presión en la solución

95 cm para un enema alto, 30 cm para un enema normal y 7.5 cm para un enema bajo.

● las terminaciones nerviosas del recto son sensibles al cambio de temperatura.

● las variaciones de temperatura en el recto estimulan el peristaltismo.

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

● la presencia de dolor o molestia está determinada por el espasmo muscular del colon.

INTERVENCIÓN = FUNDAMENTACIÓN

7 =

○ la cantidad de solución que se introduce por enema depende del tipo de este, edad + estado del paciente.

○ El enema de limpieza requiere por lo general de 500 a 7000 ml de volumen, a 37 o 40°C, en tanto que el de retención requiere de 90 a 120 ml a la misma temperatura.

○ la tolerancia intestinal a la introducción de un líquido está determinada por la presión, velocidad y volumen introducido.

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

○ las afecciones del conducto gastrointestinal, inactividad física, parálisis, senectud, gestación, depresión etc.

○ los movimientos bruscos favorecen la expulsión de la sonda.

○ la persistencia de molestias o tensión abdominal indican el logro de los objetivos trazados en el procedimiento.

INTERVENCIÓN = FUNDAMENTACIÓN

9.- Extraer la sonda, desconectarla del tubo y lubricarla con papel higiénico, colocándola en bandeja-rinón e indicar al paciente sobre la retención del líquido.

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

○ El enema de limpieza requiere una atención de líquido durante 300.

○ los enemas de retención reblandecen las heces + estimulan el reflejo de la defecación.

10.- Indicar al paciente que vaya al sanitario o colocarlo sobre un cómodo + ofrecerle papel higiénico. Ogar 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.- Retirar el cómodo lubricarlo con protector + llevarlo al cuarto séptico para observar los caracteres del material expulsado para hacerlo.

○ la ventilación en la unidad clínica es factor físico importante del ambiente terapéutico.

12. lavar las manos del paciente + dejarlo cómodo.

○ El agua + jabón eliminan los microorganismos saprófitos de la piel.

13. Elaborar el informe respectivo.

○ las observaciones concernientes a cantidad + tipo de eliminación intestinal.

EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA

Con base en los objetivos planteados, la evaluación se centrará en observar si hubo cambios en los hábitos del paciente para la eliminación intestinal, si los problemas se han solucionado y qué tratamientos han sido más efectivos.

TECNICA SOBRE LAVADOS VAGINALES

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 como mezclas, de agua y vinagre bicarbonato o todo.

Debes rociar la parte interna de la vagina con la ducha vaginal hacia arriba, mediante un tubo o pico.

OBJETIVO

Restaurar y mantener las condiciones fisiológicas del entorno vaginal.

MATERIAL

- * Cuña
- * Palangana con agua tibia
- * Toalla
- * Gel
- * Torundas de algodón
- * Pinzas (procurando que sean de anillos)
- * Guantes
- * Compresas

PROCEDIMIENTO

- ✓ Informar al paciente sobre la técnica a realizar y pedir colaboración
- ✓ Proporcionar intimidad a la paciente
- ✓ Lavar las manos y poner guantes.
- ✓ Colocar a la paciente en decubito supino con las rodillas flexionadas y separadas (abducción).
- ✓ Descubrir el área genital.
- ✓ Colocar la cuña.
- ✓ Verter sobre la vulva agua tibia con la solución antiséptica
- ✓ Limpiar con torundas de algodón empapadas en jabón antiséptico los labios menores, cambiar la torunda, separar los labios menores para lavar los pliegues, de arriba abajo, terminando en el ano.
- ✓ Aclarar con agua tibia
- ✓ Secar con torundas de algodón, siempre de arriba hacia abajo.
- ✓ Retirar la cuña.
- ✓ Girar al paciente de lado y occar la zona perineal desde la vagina hacia el ano.
- ✓ Desecher los torundas del algodón y todo el equipo desechable dentro de una bolsa.
- ✓ Acomodar a la paciente.
- ✓ Sacar guantes
- ✓ Lavar manos
- ✓ Registrar en la hoja de enfermería la incidencia que hubiera.

OBSERVACIONES

- * La temperatura del agua debe ser de 36°C
- * Se aconseja que antes de iniciar este procedimiento el paciente orine o defaque.
- * Retirar la compresa de arriba abajo, si la tuviera.
- * Observar la región perineal o áreas de inflamación, escoriación o edema de secreciones excesivas o de malos olores.
- * La zona perineal y genital debe quedar muy seca, ya que la humedad facilita la proliferación en diversos microorganismos.

TÉCNICA DE BAÑO DE ESPONJA EN EL PACIENTE ENCAMADO

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

OBJETIVO

Eliminar los malos olores, algunos microorganismos, eliminar las secreciones corporales, eliminar el sudor, el polvo, estimular la circulación de la piel y generar una sensación de bienestar y relajación.

MATERIALES

- * 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
- * Tijeras o corta uñas (opcional)
- * Ropa de cama
- * Pijama hospitalario o ropa holgada y cómoda.
- * loción o crema para humectar la piel (opcional)
- * Talco (opcional)
- * Bolsa para desechos.

PROCEDIMIENTO

- lavarse las manos
- Preparar los materiales y llevarlos a la unidad o habitación donde se encuentre el paciente.
- Identificarse con el paciente y saludarlo, si el paciente está consciente explicarle el procedimiento que se realizará y solicitar su cooperación o la de los familiares.
- Cerrar todas las ventanas y cortinas o colocar un biombo para privacidad
- Desprender los costados de la ropa de la cama.
- Retirar las frazadas o cobijas, disponiendo de las mismas en un sitio diferente para evitar que se mojen.
- Mantener por lo menos una de las sábanas para cubrir al paciente durante el procedimiento.
- iniciar el baño.

PROCESO DE BAÑO

- limpiar los ojos desde la nariz hacia la mejilla, empleando una porción diferente del paño o esponja

Para lavar cada Párpado (sin jabón), dirigiendo los movimientos desde la nariz hacia fuera.

- Enjuagar la esponja, exprimirla y enjabonarla.

- lavar la cara en direcciones descendentes, es decir, comenzar por la frente y continuar hacia las mejillas, las orejas y el cuello.

- Enjuagar y secar, utilizando la toalla de baño.

- lavar, enjuagar y secar ambos brazos empezando por los manos hasta los hombros y terminando por la axilas.

- lavar, enjuagar y secar el tórax anterior y el abdomen. usar una gasa o algodón y limpiar el Ombligo.

- Si se trata de una mujer, es importante prestar atención a la limpieza del Pecho y senos.

- Colocar al paciente en posición lateral o en decúbito ventral y proceder a lavar, enjuagar y secar la zona desde la nuca hasta la región glútea.

- Aprovechar cada cambio de posición para proporcionar masajes utilizando loción (opcional).

- Colocar el camión limpio y recogerlo en la cisterna.

- Proceder a lavar, enjuagar y secar ambos miembros inferiores.

- Finalizar el baño con la zona púbica y rectal.

- Acomodar el Pijama o la ropa del paciente.

- Proporcionar los implementos para el cuidado del cabello, cepillar y si es necesario un champú en caso

BIBLIOGRAFIAS

- <https://www.lifeder.com/bano-de-esponja/#:~:text=El%20ba%C3%B1o%20de%20esponja%20es,en%20el%20hogar%20del%20paciente.>
- UDS. Universidad del Sureste. 2020. Antología de Fundamentos de Enfermería. PDF. Recuperado el 30 de julio del 2020.