



Nombre del Alumno: Seidy Jazmín Ramírez Castellanos

Nombre del profesor: María del Carmen López

Nombre del trabajo: Resumen

Materia: Fundamentos III

Grado: 3°

Grupo: B

Comitán de Domínguez Chiapas a 30 de Julio del 2020.

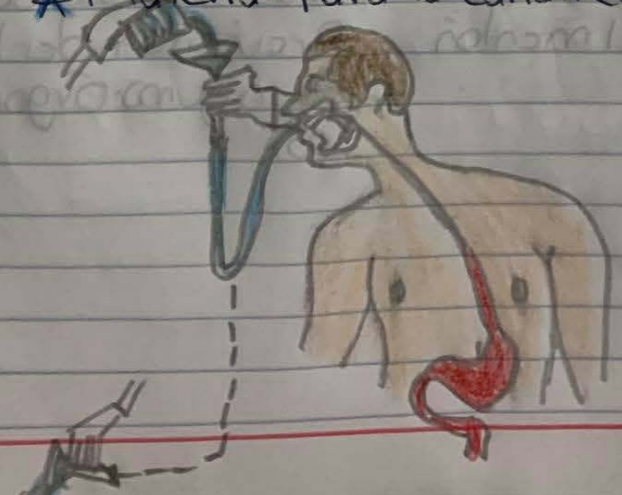
TECNICA SOBRE EL LAVADO GASTRICO

FECHA

Concepto: Es una tecnica que permite vaciar el contenido del estomago 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 esofago hasta llegar al estomago con esta sonda se puede absorber el contenido estomacal y se puede meter agua que limpie el interior del estomago.

Objetivo: Su objetivo es extraer del estomago la maxima cantidad de toxico y evitar así su absorción. 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.
 - * Embudo
 - * Lubrificante
 - * Jeringa de 50 cc.
 - * Guantes
 - * Agua tibia
 - * Carbon activado si esta indicado
 - * Pinza o sistema de Clampaje.
 - * Frascos de mucosas
 - * Pulsioximetro
 - * Material para la canalización (vía venosa).



INTERVENCIÓN

1. Lavarse las manos
2. Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad Clínica, desdoblado la sonda en un recipiente con hielo.
3. Explicarle el procedimiento al paciente y colocarlo en posición sedente en (fowler o semi fowler).
4. Abocar nariz o boca con hisopos o gasas con abatelengua dependiendo del tipo de intubación.
5. Proteger la parte inferior del tórax con hule y toalla y colocar debajo del mentón la bandeja - riñon.

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 líquido 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 a parte que se va a introducir.
 - * Humedecer la sonda con solución fisiológica.
 - * Introducir con lentitud la sonda anasoalaringe posterior, por la nariz y pedirle que degluta sorbos de agua para facilitar su avance.

7. Fijar la sonda con cinta hipalergénica

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 esta al oído dice xifoides.
- * Las sondas están provistas de marcas radiopacas y de un recatamiento activado para agua.
- * La lubricación reduce la fricción entre mucosa 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 emocionales y fisiológicos.

INTERVENCIÓNES

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

10. Logrados los objetivos se retira la sonda con una pinza o toalla previa explicación al paciente y retiro de los cintos de fijación.

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

INDICACIONES

- Informar al paciente de la técnica que se le va a realizar.
- Canalización de vía periférica.
- Recoger mucosas sanguíneas para estudio toxicológico.
- Verificar que no exista deterioro del nivel de conciencia o vibrar de la colocación del pulsioxímetro y/o monitorización.

FUNDAMENTACIÓN

- * El uso bucal frecuente y la aplicación de una mezcla de limón y glicerina mantienen limpios los mucosos y permeables las glándulas salivales favoreciendo la salivación.

- * La respiración profunda y espiración lenta ayudan a prevenir la aspiración de líquidos o inhalación de la sonda.

- * El uso de material desechable previene de infecciones hospitalarias.

TECNICA SOBRE ASPIRACION GASTRICA

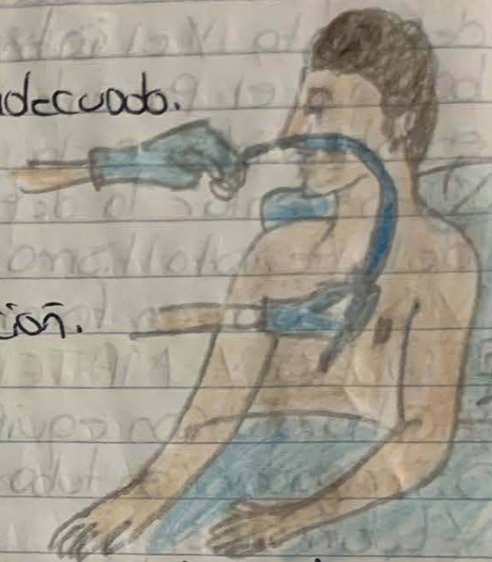
Concepto: Es un procedimiento habitual en los cuidados de enfermería y utilizado durante décadas con el fin principal de evacuar sustancias tóxicas del estómago.

OBJETIVO:

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

MATERIAL Y EQUIPO:

- * Sonda nasogástrica del calibre adecuado.
- * Lubricante hidrosoluble.
- * Gases estériles
- * Esporodiar hidralérgico
- * Jeringa de 50 ml o de alimentación.
- * Estetoscopio
- * Vaso con agua
- * Tapón para sonda o pinzas.
- * Guantes desechables.
- * Según la indicación del sondaje se necesitará: bolsa colectora o sistema de aspiración.



INDICACIONES

- Identificar al paciente (Identificación)
- 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 semiabilidad de las fosas nasales.

ENEMAS EVACUANTES

Concepto: Su utilización como tratamiento del estreñimiento. Fecabomas 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.

- * Fomentar la defecación por medio de la estimulación del peristaltismo.
- * Modular en forma temporal el estreñimiento.

EQUIPO Y MATERIAL

- * Charola con equipo comercial de enema desechable o irrigador con tubo de conexión reutilizable, adaptador.
- * Lubricante
- * Sonda neta 12 a 18fr para niños o 22 a 30fr para adultos.
- * Pinza hemostática
- * Guantes limpios
- * Cómodo.
- * Protector de hule
- * Gases
- * Papel higiénico
- * Bandela - riñon
- * Solución Prescrita
- * Cinta adherible para fijación de sonda rectal en caso necesario.



INTERVENCIÓN

1. Informar al Paciente Sobre el Procedimiento

FUNDAMENTACIÓN

* La actitud del Personal de enfermería influye en la actitud del paciente para obtener su colaboración.

2. Preparar en el cuarto el equipo de trabajo y trasladarlo a la unidad Clínica.

* La Preparación del equipo previa al procedimiento ahorra tiempo y esfuerzo.

* El aire introducido en el recto causa una distensión innecesaria.

3. En caso de no contar con equipo Comercial, adaptar tubo de Conexión y Sonda al irrigador y Purgarlo.

* La Presión de los gases contra las paredes intestinales provoca dolor y molestias.

4. Doblar Colcha y cubrir hacia la Pierna, retirar la almohada y colocar al paciente en posición de Sims izquierda, poniendo un Protector de hule por debajo de la región glútea.

* Un mínimo de ropa sobre el paciente facilita las maniobras durante el procedimiento.

* 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.

INTERVENCIÓN

5. Separar los glúteos e introducir el extremo Proximal del equipo Comercial o bien lubricar la Sonda e introducir de 7.50 a 10 cm con lentitud en el recto en dirección del Ombligo, Abrirla pinza para permitir que el líquido fluya por declive o Comprimir el ensayo del líquido Comercial.

FUNDAMENTACIÓN

* La Introducción 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, lesiones y molestias físicas.

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

6. Administrar con lentitud la solución a una altura de 30 a 45 cm para enema alto 30 cm, para enema normal 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.

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

* La presencia de dolor o molestias está determinada por el espasmo muscular del colon.

INTERVENCIÓN

7.

FUNDAMENTACIÓN

- * La cantidad de solución que se introduce por enema depende del tipo de este, edad y estado del paciente.
- * El enema de limpieza requiere por lo general de 500 a 1000 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 introducidos.

* Las afecciones del conducto gastrointestinal, inactividad física, parálisis, senectud, gestación, etc. presión etc.

* Los movimientos bruscos favorecen la expulsión de la sonda.

* La persistencia de molestias o tensión abdominal indican el logro de los objetivos o fracasados en el procedimiento.

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

INTERVENCIÓN

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

10. Indicar al paciente que vaya al sanitario o colocarlo sobre un comodín y ofrecerle papel higiénico, y dejar al alcance el timbre.

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

12. Lavar las manos del paciente y dejarlo cómodo.

FUNDAMENTACIÓN

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

* El enema de limpieza requiere una atención de líquido durante 30 s.

* Los enemas de retención reblandecen las heces y estimulan el reflejo de la defecación.

* La posición sedente facilita la expulsión del contenido intestinal.

* La ropa húmeda es un factor que predispone a la formación de úlceras.

* La ventilación en la Unidad Clínica es factor físico integrante del ambiente.

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

EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA

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

TECNICA SOBRE LAVADOS VAGINALES

Concepto: Consiste en lavar o limpiar la parte íntima de la vagina con agua u otras mezclas de líquidos y la mayoría de los duchos se venden como mezclas de agua y vinagre, bicarbonato o yodo.

Se debe de 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.

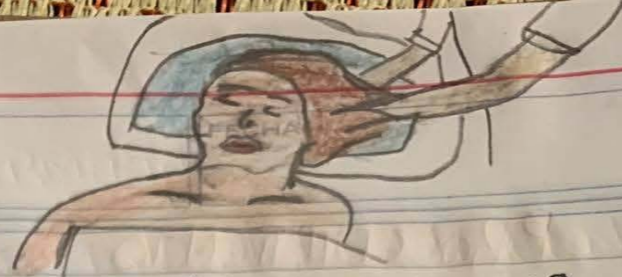
Material:

- × Toalla
- × Gel
- × Guantes
- × Compresas
- × Cuna
- × Palangana con agua tibia
- × Torundos de algodón.



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 los rodillos flexionados y separados (abducción).
- Descubrir el área genital.
- Colocar la cuna.
- Vertir sobre la vulva agua tibia con la solución antiséptica.
- Limpiar con torundos de algodón empapados en solución antiséptica los labios menores, cambiar la torunda separar los labios menores para lavar los pliegos de arriba a bajo terminando en el ano.
- Aclarar con agua tibia.
- Secar con torundos de algodón siempre de arriba hacia abajo.
- Retirar la cuna.
- Girar al paciente de lado y secar la zona perineal desde la vagina hacia el ano.
- Desechar los torundos de algodón y todo el equipo desechable, dentro de una bolsa.
- Acomodar a la paciente.
- Sacar guantes.
- Lavar manos.



OBSERVACIONES

- La Temperatura del agua debe ser de 36°C
- Se aconseja que antes de iniciar este procedimiento el paciente orine o defeca.
- Retirar la compresa de arriba abajo, si la tuviera.
- Observar la región Perineal: 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.

TECNICA DE BAÑO DE ESPONJA EN EL PACIENTE ENCAMADO

Concepto: 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 permitiendo moverse en tina o en ducha.

OBJETIVO:

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

MATERIALES

- * Una esponja o toalla de mano
- * Talco
- * un recipiente con agua fría
- * Pijama hospitalario
- * un recipiente con agua caliente
- * Un balde o recipiente para el agua sucia.
- * Una toalla de baño
- * Algodón
- * Ropa de cama

PROCEDIMIENTO

- * Lavarse las manos
- * Preparar los materiales y llevarlos a la habitación
- * Identificarse con el paciente, y saludarlo.
- * 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 para evitar que se mojen.
- * Mantener por lo menos uno de los sabanos para cubrir al paciente durante el procedimiento.
- * Iniciar el baño.

PROCESO DE BAÑO

- Limpiar los ojos desde la nariz hacia la medilla empleando una porción diferente del paño o esponja, para lavar cada párpado (sin jabón) dirigiendo los movimientos desde nariz hacia afuera.
- Enjuagar la esponja, exprimirla y enjabonarla.
- Lavar la cara en direcciones descendentes, es decir comenzar por la frente y continuar hacia los mejillos los oídos y el cuello.
- Enjuagar y Secar utilizando toalla de baño.
- Lavar, enjuagar y Secar ambos brazos empezando por las manos hasta los hombros y terminando por los axilas.
- Lavar, enjuagar y Secar el torax anterior y el abdomen, usar una gasa o algodón y limpiar el ombligo.

BIBLIOGRAFIA: <https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/files/asignatura/6ba9d3d9580505f4a80470e019aef53.pdf>

• <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.

Libro de fundamentos EVA REYES.