



# Universidad Del Sureste

**FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA III**

3° Cuatrimestre

Docente: Lic. Edgar Geovanny Liévano Montoya

Alumna: Paola Janeth Gomez López

San Cristóbal De Las Casas, Chiapas

## Contenido

INTRODUCCIÓN.....	3
1. MANEJO DE LA ASPIRACIÓN DIGESTIVA.....	4
2. ESTABLECIMIENTO DEL CUIDADO DE LA ZONA PERINEAL-GENITAL.....	10
3. CÓMO ADMINISTRAR UN ENEMA .....	13
4. CONCLUSIÓN .....	18
Referencias.....	19

## INTRODUCCIÓN

En este trabajo se da a conocer la realización de las técnicas de lavado gástrico, como de lavado y cuidado vaginal y la administración de enema evacuante, en el cual lo encontramos desarrollada con claridad cada tema en particular, explicando a detalle los pasos a seguir y como también los procedimientos de cada técnica. En donde explicamos la práctica del lavado gástrico, que consiste en la descontaminación gastrointestinal sólo indicado en las intoxicaciones agudas graves, es un procedimiento que consiste en la introducción de una sonda de gran calibre y multiperforadora en la parte distal, hasta el estómago del paciente para la eliminación estomacal de sustancias tóxicas, limpieza gástrica para alguna prueba diagnóstica o para la extracción de coágulos cuando el paciente presenta un sangrado digestivo.

Como también vemos el aseo perineal indicado en pacientes con sonda vesical permanente, en personas encamadas, requisito básico para administrar medicación por vía vaginal, cateterismo vesical y recolección de muestras de orina para laboratorio. Este procedimiento se realiza cuidando la privacidad del paciente, ofreciéndole confort.

Y por último la administración del enema en donde esta técnica esta adecuado para pacientes que sufren estreñimiento que consiste en la introducción de sustancias en el colon a través del recto con la finalidad de eliminar la materia fecal.

# 1. MANEJO DE LA ASPIRACIÓN DIGESTIVA

## OBJETIVOS

- Aliviar la distensión abdominal
- Mantener la descompresión gástrica después de la intervención quirúrgica
- Eliminar la sangre y las secreciones del tubo digestivo
- Aliviar las molestias (p. ej., cuando el paciente tiene obstrucción intestinal)
- Mantener la permeabilidad de la sonda nasogástrica

## VALORACIÓN

### Valorar

- Presencia de distensión abdominal a la palpación
- Ruidos intestinales
- Molestias abdominales
- Constantes vitales para obtener datos basales
- Cantidad y características del drenaje

## MANEJO DE LA ASPIRACIÓN DIGESTIVA

### TÉCNICA

### PLANIFICACIÓN

Antes de iniciar la aspiración gástrica, determinar

- a) si la aspiración es continua o intermitente
- b) la presión de aspiración ordenada (una presión de aspiración baja está entre 80 y 100 mm Hg y una presión alta entre 100 y 120 mm Hg)
- c) c) si hay alguna orden de irrigar la sonda digestiva y, si es así, el tipo de solución que debe utilizarse.

### Delegación

El manejo del equipo de aspiración digestiva exige la aplicación de conocimientos y la solución de problemas y no se delega en el UAP. Pero el UAP puede ayudar en el vaciado del receptáculo del drenaje y la comunicación de cambios en la cantidad o color del drenaje al profesional de enfermería.

### Equipo

#### Iniciación de la aspiración

- Sonda digestiva colocada en el paciente
- Palangana
- Jeringa de 50 mL con adaptador
- Estetoscopio
- Dispositivo de aspiración para aspiración continua o intermitente
- Conector y tubo de conexión

- Guantes limpios

#### Mantenimiento de la aspiración

- Contenedor graduado cuando sea necesario para medir el drenaje gástrico
- Palangana con agua
- Aplicadores con punta de algodón
- Pomada o lubricante
- Guantes limpios

#### Irrigación

- Guantes limpios
- Estetoscopio
- Equipo de irrigación desechable con una jeringa estéril de 50 mL, una almohadilla impermeable, una palangana y un contenedor graduado
- Solución salina normal estéril (500 mL) o la solución ordenada

#### EJECUCIÓN

##### Realización

1. Antes de realizar el procedimiento, presentarse y verificar la identidad del paciente usando el protocolo de la institución. Explicar al paciente lo que va a hacer, por qué es necesario y cómo puede cooperar. Comentar el objetivo(s) de la aspiración digestiva.
2. Realizar la higiene de las manos y observar los procedimientos de control de la infección adecuados (p. ej., guantes limpios).
3. Proporcionar intimidad al paciente.

##### Iniciación de la aspiración

4. Colocar al paciente adecuadamente.
  - Ayudar al paciente a adoptar una posición de semi-Fowler si no está contraindicado. Razón: En la posición de semi-Fowler no es probable que el tubo se disponga sobre la pared del estómago y por ello aspirará de forma más eficiente. La posición de semi-Fowler también evita el reflujo del contenido gástrico, lo que podría conducir a la aspiración.
5. Confirmar que la sonda está en el estómago.
  - Ponerse unos guantes limpios.
  - Aspirar el contenido del estómago y comprobar su acidez usando una tira de pH.
  - Introducir aire en la sonda con la jeringa y escuchar con el estetoscopio colocado sobre el estómago (justo por debajo de la apófisis xifoides) en busca de un silbido de aire.
  - Usar otros métodos en función del protocolo de la institución.
6. Ajustar y comprobar la aspiración.
  - Conectar el regulador adecuado de aspiración a la salida de aspiración de la pared y el dispositivo colector al regulador. Los reguladores de aspiración intermitente se usan

generalmente con sondas de una sola luz y aspiran un intervalo fijado (15 a 60 segundos) seguido de un intervalo sin aspiración. La aspiración intermitente se fija a 80 a 100 mm Hg o según determine el médico. Comprobar el nivel de aspiración ocluyendo el tubo de drenaje y observando el dial del regulador durante un ciclo de aspiración. Los reguladores de aspiración continua se usan con las sondas nasogástricas de doble luz (p. ej., sumidero de Salem). Fijar la aspiración continua según determine el médico, o a 60 a 120 mm Hg.

- Si se usa una máquina de aspiración portátil, girar la máquina y regular la aspiración como antes. La bomba Gomco tiene dos ajustes: intermitente baja para sondas de una luz y alta para sondas de doble luz.
- Comprobar la aspiración adecuada sujetando el extremo abierto del tubo de aspiración cerca del oído y escuchando el ruido de aspiración u ocluyendo el extremo de la sonda con el pulgar.

#### 7. Establecer la aspiración gástrica.

- Conectar la sonda digestiva al tubo de la aspiración usando el conector.
- Si se ha colocado una sonda sumidero de Salem, conectar la luz mayor al equipo de aspiración. Esta sonda de doble luz tiene un tubo menor dentro del tubo de aspiración principal. Razón: El tubo menor proporciona un flujo continuo de aire atmosférico a través del tubo de drenaje en su extremo distal y evita una fuerza de aspiración excesiva sobre la mucosa gástrica en las salidas del drenaje. Así se evita la lesión de la mucosa gástrica.
- Mantener siempre el tubo respiradero de la sonda sumidero de Salem abierto y por encima del nivel del estómago cuando se aplique la aspiración. Razón: Cerrar el respiradero detendría la acción sumidero y lesionaría la mucosa. Mantener el extremo del tubo respiradero por encima del estómago evita el reflujo de contenido gástrico hacia la luz aérea del tubo.
- Después de aplicar la aspiración, vigilar el tubo durante unos minutos hasta que aparezca el contenido gástrico en el tubo hacia el receptáculo. Una sonda sumidero de Salem hace un silbido suave cuando funciona correctamente.
- Si la aspiración no funciona correctamente, comprobar que todas las conexiones están ajustadas y que el tubo no se ha doblado.
- Torsionar y sujetar con una pinza el tubo a la bata del paciente para que no forme un asa por debajo del frasco de aspiración. Razón: Si el tubo se sitúa por debajo del frasco de aspiración, la aspiración puede obstruirse debido a la presión necesaria para empujar el líquido contra la gravedad.

#### 8. Valorar el drenaje.

- Observar la cantidad, color, olor y consistencia del drenaje. El drenaje gástrico normal (que se parece al moco) tiene una consistencia mucosa y es incoloro o amarillento verdoso debido a la presencia de bilis. Un color y consistencia como los posos del café indica una hemorragia.
- Comprobar el pH y la sangre del drenaje gástrico cuando esté indicado. Es de esperar que una persona que se ha sometido a una intervención quirúrgica digestiva tenga algo de sangre en el drenaje.

## Mantenimiento de la aspiración

### 9. Valorar al paciente y al sistema de aspiración regularmente.

- Valorar al paciente cada 30 minutos hasta que el sistema trabaje eficazmente y después cada 2 horas, o según lo indique la salud del paciente, para asegurarse de que la aspiración funciona adecuadamente. Si el paciente se queja de plenitud, náuseas o dolor epigástrico o si las secreciones gástricas no fluyen por el tubo o al frasco recolector, es probable que se haya producido una aspiración ineficaz o un bloqueo de la sonda nasogástrica.
- Inspeccionar el sistema de aspiración para ver la permeabilidad del sistema (p. ej., bucles o bloqueos en el tubo) y el ajuste de las conexiones. Razón: Las conexiones mal ajustadas pueden permitir la entrada de aire y reducir así la eficacia de la aspiración al reducir la presión negativa.

### 10. Quitar los bloqueos si los hay.

- Ponerse guantes limpios.
- Comprobar el equipo de aspiración. Para hacerlo, desconectar la sonda nasogástrica de la aspiración sobre una palangana (para recoger el drenaje) y después, con la aspiración encendida, colocar el extremo del tubo de aspiración en una palangana con agua. Si el agua pasa al frasco de aspiración, el equipo de aspiración funciona adecuadamente, pero la sonda nasogástrica está bloqueada o colocada de forma incorrecta.
- Cambiar la posición del paciente (p. ej., al otro lado) si se permite. Razón: Esto puede facilitar el drenaje.
- Rotar la sonda nasogástrica y volver a colocarla. Este paso está contraindicado en pacientes sometidos a una intervención gástrica. Razón: Mover el tubo puede interferir con las suturas gástricas.
- Irrigar la sonda nasogástrica siguiendo el protocolo de la institución o la orden del médico (véanse pasos 14 a 16).

11. Evitar el reflujo en la luz de aireación de una sonda sumidero de Salem. Razón: Podría producirse un reflujo del contenido gástrico hacia la luz de aireación cuando la presión en el estómago superara la presión atmosférica. En esta situación, el contenido del estómago seguiría el camino de menor resistencia y fluiría por la luz de aireación en lugar de por la luz de drenaje.

Para evitar el reflujo

- Colocar el tubo de aireación más alto que el estómago del paciente para evitar que el líquido gástrico retroceda por la luz de aireación.
- Mantener la luz de drenaje sin partículas que puedan obstruir la luz (véanse pasos 14 a 16 sobre irrigación de la sonda nasogástrica).

### 12. Asegurar la comodidad del paciente.

- Limpiar los orificios nasales del paciente cuando sea necesario usando los aplicadores con punta de algodón y agua. Aplicar un lubricante hidrosoluble o pomada.

- Proporcionar asistencia bucal cada 2 a 4 horas y cuando sea necesario. A algunos pacientes recién operados se les permite chupar fragmentos pequeños de hielo o un paño húmedo para mantener la humedad de la mucosa oral.

13. Cambiar el receptáculo de drenaje siguiendo las normas de la institución.

- Cerrar con una pinza la sonda nasogástrica y apagar la aspiración.
- Ponerse guantes limpios.
- Si el receptáculo está graduado, determinar la cantidad de drenaje.
- Desconectar el receptáculo.
- Inspeccionar el drenaje con atención anotando su color, consistencia y la presencia de sustancias (p. ej., coágulos de sangre).
- Reemplazar un receptáculo lleno y unirlo a la aspiración. Comprobar las normas de la institución.
- Encender la aspiración y quitar las pinzas de la sonda nasogástrica.
- Observar el sistema varios minutos para asegurarse de que la función se restablece.
- Ir al paso 17.

Irrigar una sonda nasogástrica

14. Preparar al paciente y el equipo.

- Colocar la almohadilla impermeable debajo del extremo de la sonda nasogástrica.
- Apagar la aspiración.
- Ponerse guantes limpios.
- Desconectar la sonda nasogástrica del conector.
- Determinar si la sonda está en el estómago. Véase paso 5. Razón: Esto asegura que la solución de irrigación entre en el estómago del paciente.

15. Irrigar la sonda.

- Extraer el volumen ordenado de solución de irrigación con la jeringa; suelen utilizarse 30 mL de solución por instilación, pero pueden administrarse hasta 60 mL por instilación si se ordena.
  - Unir la jeringa a la sonda nasogástrica e inyectar lentamente la solución.
  - Aspirar suavemente la solución. Razón: La extracción forzada podría dañar la mucosa gástrica.
  - Si le resulta difícil extraer la solución, inyectar 20 mL de aire y aspirar de nuevo, o volver a colocar al paciente o la sonda nasogástrica. Razón: El aire y el cambio de posición pueden mover el extremo de la sonda y alejarla de la pared gástrica. Si la dificultad para aspirar continúa, volver a unir la sonda en aspiración baja intermitente y notificarlo al profesional de enfermería encargado.
- Repetir los pasos previos hasta que se use la cantidad ordenada de solución.
- Nota: Una sonda sumidero de Salem también puede irrigarse a través de una luz aireada sin interrumpir la aspiración. Pero sólo pueden inyectarse pequeñas cantidades de solución de irrigación a través de esta luz comparada con la luz de drenaje.



- Tras irrigar una sonda sumidero de Salem, inyectar 10 a 20 mL de aire en la luz de aireación, mientras se aplica aspiración a la luz de drenaje. Razón: Esto comprueba la permeabilidad de la aireación y asegura el funcionamiento del sumidero.

#### 16. Restablecer la aspiración.

- Volver a conectar la sonda nasogástrica a la aspiración.
- Si se usó una sonda sumidero de Salem, inyectar 10 mL de aire en la luz de aireación después de volver a conectar la sonda a la aspiración.
- Observar el sistema varios minutos para asegurarse de que funciona.

#### 17. Registrar toda la información relevante.

- Registrar la hora en que se empezó la aspiración. También registrar la presión establecida, el color y consistencia del drenaje y las evaluaciones de enfermería.
- Durante el mantenimiento, registrar las evaluaciones, las medidas de enfermería de apoyo y los datos sobre el sistema de aspiración.
- Cuando se irrigue la sonda, registrar la verificación de la colocación de la sonda; la hora de la irrigación; la cantidad y tipo de solución de irrigación usada; la cantidad, color y consistencia del retorno; la permeabilidad del sistema tras la irrigación, y las evaluaciones de enfermería.

### REGISTRO DE MUESTRA

**20/3/2008 13:00 Vuelve de la UCPA. Sonda sumidero de Salem colocada y conectada a aspiración baja continua. Comprobada su colocación correcta. Drenaje de escaso a moderado de un líquido marrón \_\_\_\_\_ R. Martínez, RN**

### EVALUACIÓN

- Realizar el seguimiento adecuado como el alivio de la distensión o las molestias abdominales, los sonidos intestinales, el carácter y cantidad del drenaje gástrico, la integridad de los orificios nasales, la hidratación de la mucosa oral, la permeabilidad de la sonda y el funcionamiento del sistema.
- Comparar con las observaciones previas si están disponibles.
- Comunicar desviaciones significativas de la normalidad al médico.

### ASPECTOS DE LA ASISTENCIA DOMICILIARIA Aspiración digestiva

#### Instruir al cuidador sobre

- Mantenimiento de la aspiración como se ha ordenado; no aumentar ni reducir la aspiración sin instrucciones del profesional de enfermería o del médico.
- Ofrecer asistencia oral cada 2 horas.
- Evitar tensiones y tirones de la sonda asegurándola a la bata.
- Comprobar la permeabilidad de la sonda si aparecen náuseas o vómitos.
- Comunicar cualquier cantidad creciente de drenaje sanguinolento

## 2. ESTABLECIMIENTO DEL CUIDADO DE LA ZONA PERINEAL-GENITAL

### OBJETIVO

- Eliminar secreciones y olores perineales normales
- Favorecer el bienestar del paciente

### VALORACIÓN

Valorar la presencia de

- Irritación, excoriación, inflamación y tumefacción
- Secreción excesiva
- Olor, dolor o malestar
- Incontinencia urinaria o fecal
- Intervención quirúrgica rectal o perineal reciente
- Catéter colocado

Determinar

- Prácticas de higiene perineales-genitales
- Capacidad para el autocuidado

### PLANIFICACIÓN

Delegación

El cuidado perineal-genital puede delegarse en el PAE. Si el paciente se ha sometido recientemente a una intervención quirúrgica perineal, rectal o genital, el profesional de enfermería debe valorar si es adecuado que el PAE realice la asistencia genital-perineal.

Equipo

Cuidado perineal-genital proporcionado junto al baño de cama:

- Toalla de baño
- Manta de baño
- Guantes limpios
- Palangana de baño con agua a 43 °C-46 °C
- Jabón
- Paño de baño

Especial para el cuidado perineal-genital:

- Toalla de baño
- Manta de baño
- Guantes limpios
- Bolas o torundas de algodón
- Frasco, recipiente o contenedor de solución con agua caliente o una solución recetada

- Cuña para recibir el agua del aclarado
- Bolsa o receptáculo resistente al agua para torundas de algodón usadas
- Almohadilla perineal

## EJECUCIÓN

### Preparación

- Determinar si el paciente siente alguna molestia en la zona perineal genital.
- Obtener y preparar el equipo y material necesarios.

### Realización

1. Antes de realizar el procedimiento, preséntese y verifique la identidad del paciente usando el protocolo de la institución. Explique al paciente lo que va a hacer, por qué es necesario y cómo puede cooperar, mostrándose especialmente sensible con cualquier vergüenza que sienta el paciente.

2. Realizar la higiene de las manos y observar los procedimientos de control de la infección adecuados (p. ej., guantes limpios).

3. Proporcionar al paciente intimidad corriendo las cortinas alrededor de la cama o cerrando la puerta de la habitación. Algunas instituciones proporcionan carteles indicadores de la necesidad de intimidad. Razón: La higiene es un asunto personal.

4. Preparar al paciente:

- Doblar la ropa de cama de los pies de la cama y levantar la bata para exponer la zona genital.
- Colocar una toalla de baño debajo de las caderas del paciente. Razón: La toalla de baño evita que se ensucie la cama.

5. Colocar y preparar al paciente y limpiar la parte superior e interna de los muslos.

### Para mujeres

- Colocar a la mujer en decúbito supino con las rodillas flexionadas y separadas.
- Cubrir el cuerpo y las piernas con la manta de baño de manera que una de sus esquinas esté en la cabeza, la esquina opuesta en los pies y los otros dos lados en los laterales. Cubra las piernas plegando las esquinas inferiores de la manta de baño por debajo de los lados internos de las piernas.
- Razón: Una exposición mínima reduce la vergüenza y ayuda a proporcionar calor. Lleve la porción media de la base de la manta sobre la zona púbica.
- Ponerse guantes, lavar y secar la parte interna y superior de los muslos.

### Para mujeres

- Limpiar los labios mayores. Después abrir los labios para lavar los pliegues que hay entre los labios mayores y los menores.
- Razón: Las secreciones que tienden a acumularse alrededor de los labios menores facilitan el crecimiento de bacterias.

- Usar cuartos separados del paño de baño para cada toque, y limpie desde el pubis al recto. En las mujeres con la menstruación y los pacientes con sondas, usar toallitas limpias. Coger una toallita limpia para cada toque. Razón: Usar cuartos separados del paño de baño o toallitas nuevas impide transmitir microorganismos de una zona a otra. Limpiar desde la zona menos contaminada (el pubis) a la más contaminada.
- Aclarar bien la zona. Puede colocar al paciente sobre una cuña o recipiente para que drene el agua de la zona. Secar bien el perineo, prestando una atención particular a los pliegues que hay entre los labios. Razón: La humedad favorece el crecimiento de muchos microorganismos.

#### EVALUACIÓN

- Relacionar las evaluaciones actuales con las previas.
- Realizar el seguimiento adecuado, como una pomada recetada para la escoriación.
- Comunicar cualquier desviación de la normalidad al médico encargado.

### 3. CÓMO ADMINISTRAR UN ENEMA

#### OBJETIVOS

- Conseguir una o más de las siguientes acciones: limpieza, carminativo, retención o lavativa

#### VALORACIÓN

Evalúe lo siguiente:

- Cuando defecó el paciente por última vez y la cantidad, color y consistencia de las heces
- Presencia de distensión abdominal (el abdomen distendido aparece inflamado y se nota firme más que blando a la palpación)
- Si el paciente ha controlado el esfínter
- Si el paciente puede usar el inodoro o el retrete o si debe quedarse en cama y usar la cuña

#### PLANIFICACIÓN

Antes de administrar un enema, determine que hay una orden del médico de atención primaria. En algunos servicios sanitarios, el médico de atención primaria debe solicitar la clase de enema y el momento para hacerlo, por ejemplo, la mañana de una exploración. En otros, los enemas se administran según el criterio de las enfermeras (es decir, según sea necesario con una orden al efecto). Además, determine la presencia de una enfermedad renal o una cardiopatía que contraindique el uso de una solución hipotónica.

#### Delegación

La administración de algunos enemas se puede delegar al personal no sanitario (AE). No obstante, la enfermera debe garantizar que se trata de personal competente para aplicar las precauciones estándar. Es necesario que la enfermera valide e interprete la incapacidad del personal para insertar la sonda rectal, la incapacidad del paciente para retener la solución o una respuesta inusual del enema.

#### Equipo

- Sábana protectora desechable
- Toalla
- Cuña o retrete
- Guantes limpios
- Lubricante hidrosoluble si la sonda no está lubricada previamente
- Papel higiénico

#### Enema de gran volumen

- Contenedor de la solución con un tubo del tamaño correcto y una pinza para el tubo
- Solución en cantidad y temperatura correctas

#### Enema de pequeño volumen

- Contenedor preenvasado de la solución de enema con punta lubricada

## APLICACIÓN

### Preparación

- Lubrique aproximadamente 5 cm de la sonda rectal (algunos sistemas de enemas comercializados ya traen puntas lubricadas). La lubricación facilita la inserción a través de los esfínteres y reduce el traumatismo.
- Deje correr parte de la solución a través del tubo conector de un sistema de enema de gran volumen y el tubo rectal para expulsar el aire del conducto y después cerrar la pinza. Razón: El aire instilado en el recto, aunque no sea perjudicial, provoca una distensión innecesaria.

### Desarrollo

1. Antes de realizar el procedimiento, preséntese y verifique la identidad del paciente siguiendo el protocolo del centro. Explique al paciente qué va a hacer, por qué es necesario y en qué puede colaborar. Comente cómo se usarán los resultados para planificar cuidados o tratamientos en el futuro. Indique que el paciente puede tener sensación de plenitud mientras se administra la solución.

2. Lávese las manos, póngase los guantes y observe los procedimientos de control de infección apropiados.

3. Proporcione un entorno privado para el paciente.

4. Ayude al paciente adulto para ponerse en decúbito lateral izquierdo, con la pierna derecha tan flexionada como fuera posible, con la sábana protectora puesta bajo las nalgas. Razón: En esta postura se facilita el flujo de la solución por gravedad hacia el colon sigmoide y descendente, que están en el lado izquierdo. Al flexionar mucho la pierna derecha, se obtiene la exposición adecuada del ano.

5. Inserte el tubo del enema.

- En los pacientes que están en decúbito lateral izquierdo, levante la nalga superior para obtener una buena visión del ano.
- Inserte suave y lentamente el tubo hacia el recto, en dirección al ombligo. \_ Razón: El ángulo sigue el perfil normal del recto. La inserción lenta previene el espasmo del esfínter. Inserte el tubo 7-10 cm. Razón: Como el conducto anal mide unos 2,5-5 cm en el adulto, la inserción de esta distancia sitúa la punta del tubo más allá del esfínter anal en el recto.
- Si se nota una resistencia en el esfínter interno, pedir al paciente que respire hondo y después soltar una pequeña cantidad de solución a través el tubo para relajar el esfínter anal interno.
- No fuerce nunca el tubo o la solución para entrar. Si instilar una pequeña cantidad de solución no permite al tubo avanzar o fluir la solución, retire el tubo. Compruebe que no hay heces que pudieran bloquear la sonda durante la inserción. Si las hay, lavarlas y volver a intentar el procedimiento. También puede realizar un tacto rectal para determinar si hay impactación u un bloqueo mecánico de otro tipo. Si la resistencia persiste, dar el

procedimiento por finalizado e informar de la resistencia al médico y al enfermero responsables.

6. Administre lentamente la solución del enema.

- Aclare el contenedor de la solución y abra la pinza para permitir que el líquido fluya.  
O
- Comprima a mano un envase plegable.
- Durante la mayoría de los enemas bajos, sujete o cuelgue el contenedor de la solución a no más de 30 cm por encima del recto. Razón: Cuanto más alto se cuelgue el contenedor de la solución por encima del recto, más rápido será el flujo y mayor será la fuerza (presión) en el recto. Durante un enema alto, cuelgue el contenedor de la solución por encima de 45 cm. Razón: El líquido debe instilarse a mayor profundidad para limpiar todo el intestino. Véase el protocolo del sistema sanitario.
- Administre el líquido lentamente. Si el paciente se queja de plenitud o dolor, baje el contenedor o use la pinza para interrumpir el flujo unos 30 segundos, y después reinicie el flujo a menor velocidad. Razón: Administrar el enema lentamente e interrumpir el flujo momentáneamente disminuyen la probabilidad de espasmo intestinal y la expulsión prematura de la solución.
- Si se usa un contenedor comercial de plástico, enróllelo a medida que se instila el líquido, con lo que se previene el aspirado posterior de la solución.
- Después que toda la solución se haya instilado, o cuando el paciente no pueda retener más y sienta deseo de defecar (la urgencia para defecar normalmente indica que se ha administrado líquido suficiente), cierre la pinza y retire el tubo de enema del ano.
- Ponga el tubo de enema en un paño desechable cuando lo extraiga.

7. Aliente al paciente a retener el enema.

- Pida al paciente que se mantenga tumbado, así le será más fácil retener el enema estando tumbado que si se sienta o se pone de pie, porque la gravedad favorece el drenaje y el peristaltismo.
- Pida al paciente que retenga la solución durante el tiempo apropiado, por ejemplo, 5 o 10 minutos para un enema de limpieza o al menos 30 minutos para un enema de retención.

8. Ayude al paciente a defecar.

- Ayude al paciente a sentarse en la cuña, retrete, inodoro. La sedestación facilita el acto de la defecación.
- Pida al paciente que use el inodoro que no tire de la cadena. El enfermero tiene que observar las heces.
- Si es necesario obtener una muestra de las heces, pida al paciente que use una cuña o un retrete.

Documente el tipo y volumen del enema administrado, si procede.

Describe los resultados.

## EJEMPLO DE LA DOCUMENTACIÓN

2/8/2007 1000. Dice haber defecado por última vez hace cinco días. Abdomen distendido y firme. Ruidos intestinales hipoactivos. Se administra un enema de Fleet por orden, obteniéndose una gran cantidad de heces firmes de color marrón. Dice que «se siente mejor».

\_\_\_\_\_ M. López, DE

### VARIACIÓN: CÓMO ADMINISTRAR UN ENEMA A UN PACIENTE CON INCONTINENCIA

En ocasiones, la enfermera tiene que administrar un enema a un paciente que no puede controlar el músculo del esfínter externo y, por tanto, no puede retener la solución del enema ni siquiera unos minutos.

En ese caso, después de insertar el tubo rectal, el paciente adopta una postura en decúbito supino sobre una cuña. La cabeza de la cama se puede elevar ligeramente, hasta 30° si fuera necesario, para facilitar la respiración, y se apoyan la cabeza y la espalda del paciente en unas almohadas.

### VARIACIÓN: CÓMO ADMINISTRAR UNA LAVATIVA

Para una lavativa, se instila la solución (100 a 200 mL en un adulto) en el recto y colon sigmoide del paciente. Entonces se baja el contenedor de la solución para que el líquido vuelva a fluir desde el recto hacia el contenedor a través del tubo, extrayendo el flato con él. El proceso de entrada y salida se repite cinco o seis veces (para estimular el peristaltismo y la expulsión del flato) y la solución se cambia varias veces si se espesa con las heces.

Documente el tipo de solución, el tiempo que la solución ha estado retenida, la cantidad, color y consistencia de las emisiones y el alivio del flato y la distensión abdominal, utilizando formularios o listas de comprobación complementadas con notas descriptivas cuando proceda.

### EVALUACIÓN

- Realice un seguimiento minucioso según los resultados desviados de lo esperado o de la normalidad para el paciente. Relacione los resultados con los datos de una evaluación previa, si es posible. Informe al médico de atención primaria de las desviaciones significativas de lo esperado.

### CONSIDERACIONES SEGÚN LA EDAD Cómo administrar un enema

#### LACTANTES/NIÑOS

- Explicar bien a los padres y al niño el procedimiento antes de empezar.
- La solución de enema debe ser isotónica (normalmente, solución salina). Algunas soluciones hipertónicas comerciales (p. ej., enema fosfato de Fleet) provocan hipovolemia y desequilibrio electrolítico. Además, el efecto osmótico del enema puede producir diarrea y la consecuente acidosis metabólica.
- Los lactantes y niños pequeños no tienen control del esfínter y deben ser ayudados a retener el enema. El enfermero administra el enema mientras el lactante o niño está tumbado con las nalgas sobre la cuña y la enfermera presiona firmemente las nalgas para evitar la expulsión inmediata de la solución. Los niños mayores pueden retener la solución si entienden lo que hacen y no la tienen que retener durante mucho tiempo. Antes de



empezar el procedimiento, es necesario garantizar que el baño está libre para el niño que deambula, o tener una cuña preparada.

- La temperatura del enema debe ser de 37,7 °C, a menos que se indique lo contrario.
- Los enemas de gran volumen son de 50 a 200 mL en niños menores de 18 meses de edad, de 200 a 300 mL en los niños de 18 meses a 5 años y de 300 a 500 mL en los niños de 5 a 12 años.
- La explicación detallada es especialmente importante en el niño en edad preescolar. El enema es un procedimiento indiscreto y, por tanto, amenazante.
- En los lactantes y niños pequeños, con frecuencia se usa el decúbito dorsal. Se les coloca en una pequeña cuña almohadillada con apoyo para la espalda y la cabeza, se aseguran las piernas con un pañal bajo la cuña que después rodea los muslos y se pone un empapador bajo las nalgas para proteger la cama, y se viste al niño con la toalla.
- Insertar el tubo 5-7,5 cm en un niño más mayor, y sólo 2,5-3,75 cm en un lactante.
- En los niños, bajar la altura del contenedor de la solución según la edad. Véase el protocolo del sistema sanitario.
- Para ayudar al niño pequeño a retener la solución, presionar firmemente sobre el ano con toallitas o apretar las nalgas juntas.

#### ANCIANOS

- Los ancianos se cansan con facilidad.
- Los ancianos son más susceptibles a los desequilibrios hidroelectrolíticos.  
Usar los enemas de agua del grifo con gran cautela.  
Vigilar la tolerancia del paciente durante el procedimiento, por ejemplo, los episodios vágales (pulso lento) y los trastornos del ritmo.
- Proteger la piel de los ancianos de la exposición prolongada a la humedad.
- Ayudar a los ancianos con los cuidados perineales si está indicado.

#### ASPECTOS DE LA ASISTENCIA DOMICILIARIA Cómo administrar un enema

Enseñar al cuidador o al paciente:

- A preparar una solución salina, mezclando una cucharadita de sal de mesa con 500 mL de agua del grifo.
- A usar los enemas sólo según las instrucciones. No deben utilizarlos para la evacuación intestinal habitual.
- A comprobar antes de la administración que hay una cuña, retrete o inodoro cerca.

## 4. CONCLUSIÓN

De este modo podemos decir que es de gran importancia el conocimiento de los procedimientos para ofrecer la mejor atención y de gran calidad para su pronta recuperación de cada usuario, siendo más responsables a la hora de realizar cada técnica que mostramos en este trabajo como el cuidado que se necesita con cada instrumento a utilizar para cada practica poniendo en importancia los principios de asepsia y las protecciones para efectuar un cuidado de calidad.

Ya viendo la importancia que tiene el poner la responsabilidad en cada técnica es importante saber que alguna duda ya sea, por falta de conocimiento o de comprensión a lo que se va a realizar, traería consigo un resultado de algo fatal para el tratamiento de los pacientes como una mala calidad de atención, y se prolongaría su recuperación de ahí su importancia, como hemos visto el personal de enfermería debe conocer y aplicar la técnica responsablemente, promoviendo el bienestar del paciente como principal objetivo, como también siendo necesaria la actualización de conocimientos, así como el desarrollo de habilidades para llevarla a cabo de forma correcta y eficaz, preservando la seguridad del paciente.

## Referencias

- Administracion de Enemas . (2008). En A. Berman, S. J. Snyder, B. Kozier, & G. Erb, *FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA Conceptos, proceso y prácticas* (págs. 1341-1343). PEARSON EDUCACIÓN, S.A.
- Aspiracion Digestiva . (2008). En S. J. Audrey Berman, *FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA Conceptos, proceso y prácticas* (págs. 965-967). Madrid (España): PEARSON EDUCACIÓN, S.A. .
- CUIDADO DE LA ZONA PERINEAL-GENITAL femenina . (2008). En A. Berman, S. J. Snyder, B. Kozier, & G. Erb, *FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA Conceptos, proceso y prácticas* (págs. 755-757). PEARSON EDUCACIÓN, S.A.