



Cuadros sinópticos y ensayos.

Nombre del alumno: Yuliana Cristell Jiménez Esteban.

Nombre del tema: Técnicas especiales de enfermería.

Parcial: 1°.

Nombre de la materia: Fundamento de enfermería 3.

Nombre de la profesora: Juana Inés Hernández López.

Nombre de la licenciatura: Enfermería.

Cuatrimestre: 3°.

Lugar y fecha: R/a triunfo 2da sección, Macuspana Tabasco, 4 de Junio del 2022.

Administración de medicamentos por vía oral.

Concepto

Introducción de una sustancia en la boca o en el tracto gastrointestinal a través de la boca.



Tipos

- Sublingual.
- Bucal.

Acción

Sistémica.

Características

- Cómoda.
- Segura.
- Económica.



Formas farmacéuticas

- Sólidos.
- Líquidos.

- Cápsulas.
- Comprimidos.
- Jarabes.
- Suspensiones.

Absorción

- Lenta.
- Irregular.

Desventajas

- Sabor desagradable.
- Irritación gástrica.
- Perjudiciales para los dientes.
- Uso limitado.



No administrar

- Cuando el paciente tiene vomito.
- Cuando el paciente ha sido sometido a anestesia.
- Cuando el paciente ha sido operado de estómago o intestino.
- Cuando el paciente presenta disfagia.
- Cuando el paciente esta inconsciente o desorientado.

Aspectos

- Biodisponibilidad.
- Tolerancia gastrointestinal.
- Interacciones entre fármacos y alimentos.



Procedimiento

- Verificar orden médica y lavarse las manos.
- Preparar el equipo y medicamento.
- Identificar al paciente y explicar procedimiento.
- Preparación física y administrar medicamento.
- Permanecer con el paciente hasta que degluta el medicamento.
- Limpiar y dejar cómodo al paciente.
- Hacer anotaciones en la hoja de registro.

Recomendaciones

- Administrar medicamento 30 minutos a 1 hora antes de la comida.
- Proteger al paciente de la aspiración.
- Valorar la capacidad de deglución.
- Colocar paciente en un ángulo de 90°.
- Utilizar jeringas orales.

Pacientes con sonda

- Verificar lugar de la sonda.
- Compatibilidad con la absorción.
- Limpiar las sondas con 15ml de agua estéril antes y después.
- Cuando se administran varios medicamentos, se administra cada uno por separado.

Complicaciones

- Obstrucción de la sonda.
- Reducción de efectividad.
- Aumento del riesgo de toxicidad.

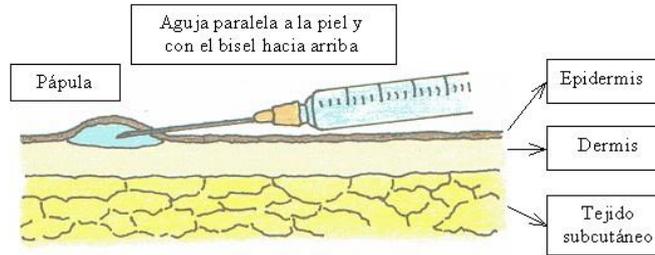


Administración de medicamentos por vía intradérmica.

Consiste

Introducción de un medicamento.

Inyección en la dermis.



Uso

- Vacunas.
- Pruebas de sensibilidad.
- Pruebas de diagnóstico.

Fines

- Terapéuticos.
- Preventivos.
- Diagnóstico.

Absorción

Lenta.

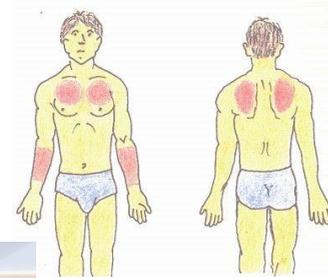


Zonas

- Cara anterior del antebrazo.
- Parte superior de la espalda.
- Parte superior del tórax.

Aplicación

Que no supere los 0.3ml.

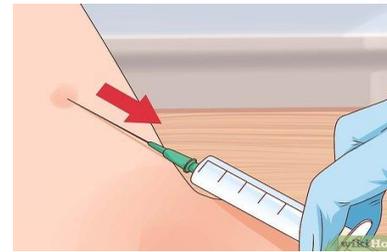


Ángulo de inserción

De 5° a 15° grados.

Bisel

Apuntado hacia arriba.



Materiales

- Jeringuilla de tuberculina o insulina.
- Medicamento a administrar.
- Torundas.
- Alcohol.
- Guantes.
- Canasta de papel y esfero.

Procedimiento

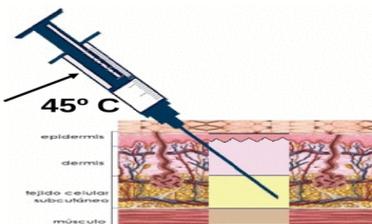
- Explicar procedimiento al paciente.
- Lavarse las manos y ponerse los guantes.
- Coloque al paciente y seleccione el área.
- Limpie el sitio con torunda del centro a la periferia.
- Retire la tapa de la aguja
- Extender la piel y tensarla sobre el sitio de la inyección.
- Coloque la aguja y levemente inyecte el medicamento.
- Retire la aguja en el mismo ángulo y desechar en el receptáculo apropiado; no masajear el área.
- Retirar guante y lavarse las manos.
- Registrar la fecha y hora de administración; y verificar la reacción dentro de 15-20 minutos.



Administración de medicamentos por vía subcutánea.

Consiste

En la aplicación de un producto farmacéutico en el tejido subcutáneo o tejido graso.



Uso

- Vacunas.
- Heparinas.
- Insulina.
- Hormonas.

Fines

- Preventivos.
- Terapéuticos.

Absorción

Lenta.



Zonas

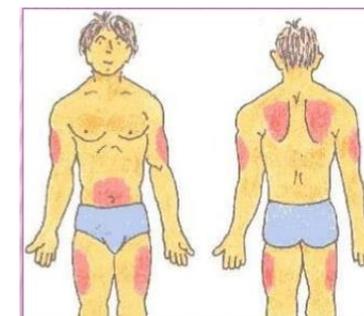
- Cara externa del brazo.
- Cara externa del muslo.
- Zona periumbilical.
- Zona escapular.

Ángulo de inserción

A 45° grados.

Aplicación

Suele recibir 1.5-2ml.

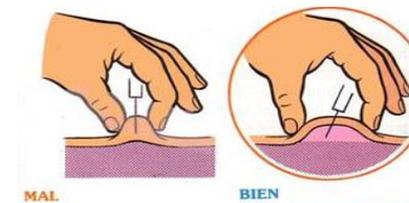


Materiales

- Jeringas.
- Agujas.
- Algodón.
- Solución antiséptica.
- Solución a administrar.
- Guantes desechables.

Procedimiento

- Leer la historia clínica.
- Lavarse las manos.
- Preparación del material.
- Colocar al paciente en posición cómoda y adecuada para el procedimiento.
- Aplicar los 5 correctos y explicarle al paciente el procedimiento.
- Elegir zona de punción y realizar la antisepsia en forma circular de adentro hacia afuera y dejar secar.
- Coja la jeringa y con la otra mano realice un pliegue cutáneo.
- Introdúzca la aguja con el bisel hacia arriba.
- Inyectar lentamente la solución.
- Colocar una torunda de algodón y retirar la aguja cuidadosamente.
- Descargar el material utilizado.
- Registrar.



Complicaciones

- Absceso.
- Hematoma.
- Fibrosis

Administración de medicamentos por vía intramuscular.

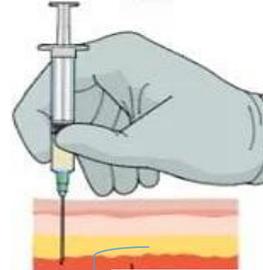
Concepto

Es una técnica utilizada para administrar una medicación profunda.

En el interior de los músculos.

Ángulo de inserción

A 90° grados.



Uso

- Vacunas.
- Analgésicos.
- Antinflamatorios.
- Corticoides.

Absorción

Más rápida.

Efecto

Aparece a los 15 minutos.

Debido

A la alta vascularización del músculo.



Zona

- Cuadrante superior externo del glúteo.
- Musculo deltoides.
- Musculo vasto externo

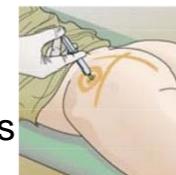
De 5 a 10cc.

Hasta 5cc en infante y hasta 2cc en adulto.

Hasta 1cc en infante y hasta 4cc en adulto.

Aplicación

Que no sobrepase los 10ml.



Técnica z

Evita la filtración de irritantes inyectados en el músculo hacia los tejidos que se encuentran alrededor de este.

Utiliza

El desplazamiento lateral de las capas de la piel.

Sirve

- Para sellar eficazmente el fármaco en el músculo.
- Evitar que este llegue a las capas superficiales de la piel.

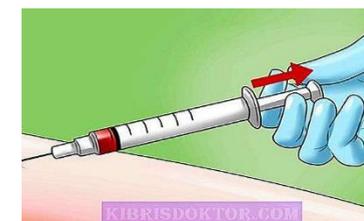


Aspiración

Extracción del embolo de una jeringa (5-10 segundos) antes de inyectar la medicina.

Utilizado

- Para asegurar que la punta de la aguja este localizada en el sitio deseado.
- Para asegurar que no haya perforado accidentalmente un vaso sanguíneo.



Complicaciones

- Lesión del nervio ciático. — Inyección glútea.
- Lesión de la rama anterior radial. — Inyección en el deltoides.
- Induración local.
- Hematomas. — Punción de vasos sanguíneos.
- Fibrosis. — Aplicaciones repetidas y en el mismo sitio.
- Aparición de inflamación infecciosa en zona de punción. — Falta de asepsia.



Administración de medicamentos por vía intravenosa.

Concepto

Instalación de sustancias líquidas directamente al torrente sanguíneo.

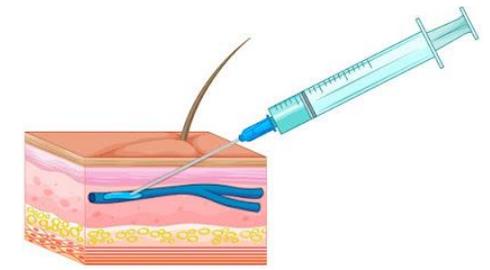
A través de una vena.

Ángulo de inserción

A 25° grados.

Absorción

Mayor rapidez.



Propósitos

- Para suministrar líquidos.
- Para proporcionar sales y otros electrolitos.
- Para proporcionar glucosa.
- Para proporcionar vitaminas y medicamentos solubles en agua.
- Establecer una vía accesible.



Formas de administración

-Intravenosa directa.

Se administra lentamente por 1 minuto

-Intravenosa en perfusión intermitente.

El tiempo de infusión es de 15-20 minutos.

-Intravenosa en perfusión continúa.

El tiempo de infusión es de 4 horas.

Resultado

Elevación inmediata de los niveles séricos y alta concentración en órganos vitales.

Utilizado

En pacientes en el que se administra el medicamento de acuerdo a ciertas horas.

Utilizado

Cuando el volumen de fluidos a administrar supera los 250cc.

Materiales

- Jeringuillas de 3-5-10-20cc.
- Medicamento prescrito.
- Solución salina 100cc.
- Torundas
- Alcohol.
- Torniquete.
- Guantes.



Procedimiento

- Lavado de manos.
- Explicación de procedimiento al paciente.
- Preparación del medicamento.
- Búsqueda de una vena.
- Insertar la aguja de la jeringuilla con el bisel hacia arriba.
- Inyectar el medicamento lentamente.
- Al terminar colocar una torunda en el área de punción.
- Retirar la aguja-Solicitar al paciente que tenga flexionado el brazo por 3 minutos.
- Retirar todo y lavarse las manos.
- Registrar administración.



Tipos de baños al paciente.

Los baños al paciente son procedimientos por medio de los cuales se hace limpieza de todo el cuerpo o de una parte de él.

Existen varios tipos de baños, a continuación se los explicare.

Baño en ducha.

Es el baño que se realiza en la ducha cuando la condición del paciente lo permite.

Objetivos.

Promover y mantener hábitos de higiene personal; eliminar sustancias de desecho y facilitar la transpiración; activar la circulación periférica y la ejercitación de los músculos; observar signos patológicos en la piel y estado general del paciente; y proporcionar comodidad, confort y bienestar.

Material.

Toalla, toallitas, jabonera con jabón, silla, camisón o pijama, silla de ruedas si es necesario y shampoo.

Precauciones.

No permitir que el paciente ponga seguro en la puerta del baño y nunca dejar solo al paciente.

Técnica.

- Preparar el baño con todo lo necesario al alcance del paciente.
- Ayudar al paciente a ir al baño.
- Si es necesario trasladar al paciente en silla de ruedas.
- Ayudar a desvestirse proporcionando privacidad.
- Observar al paciente en busca de lesiones en la piel o cambios en su estado general.
- Ayudarlo a entrar al baño cuidando que no se caiga el paciente.
- Dejar al paciente que se bañe solo si su condición lo permite, ayúdelo a lavarse la espalda.
- Ayudarlo a secar la espalda y miembros inferiores, la humedad ayuda al crecimiento de microorganismos.
- Ayudar a vestirse y trasladarlo a la unidad del paciente.
- Descartar la ropa sucia.



- Terminar con el arreglo personal del paciente, proporcionándole seguridad emocional y confort.
- Dejar el equipo limpio y en orden.
- Lavarse las manos.
- Hacer anotaciones del expediente clínico del paciente.

Baño de tina.

Es la higiene que se proporciona al paciente, durante su estancia hospitalaria.

Objetivos.

Fomentar el descanso y el relajamiento del paciente; así como mejorar la autoimagen favoreciendo el aspecto físico y eliminando los malos olores.

Materiales.

Ropa del paciente, jabón, toalla, riñón, esponja, toalla facial, shampoo, peine y crema.



Técnica.

- Realizar lavado de manos y explicar al paciente el procedimiento de acuerdo a su edad.
- Trasladar el equipo al cuarto de baño y lavar la tina con solución antiséptica.
- Llenar la tercera parte de la tina con agua a temperatura corporal y cubrir con un lienzo la base de la tina.
- Trasladar al paciente al cuarto de baño.
- Humedecer la esponja o toalla con agua tibia, limpia ojos, frente, mejillas y mentón.
- Lavar la cabeza con jabón o shampoo y secar al terminar.
- Retirar la ropa del paciente e introducir al paciente en la tina.
- Humedecer el cuerpo del paciente utilizando el riñón y lo enjabona con la esponja o toalla facial, iniciando del cuello hacia la región caudal primero la parte anterior, finalizando por la posterior.
- Enjuagar al paciente de la misma manera y al terminar secar y vestir con su ropa, peinar y llevar a su cama.

- Lavar la tina y dar los cuidados correspondientes al equipo, dejándolo en el lugar correspondiente.

Baño de esponja.

Son las maniobras que se realizan para mantener el aseo del cuerpo del paciente a excepción del cabello, siempre que sean imposibles los baños de tina o regadera.

Objetivos.

Limpiar la piel y aumentar así la eliminación por dicho órgano; estimular la circulación, proporcionar bienestar y relajación al paciente; eliminar las secreciones y descamación de la piel.

Precauciones.

Programar el baño de manera que no se interponga con las actividades hospitalarias, por ejemplo: obtención de muestras de laboratorio, radiografías, consultas y los alimentos; verificar la temperatura del agua, no dejar mucho tiempo el jabón sobre la piel, no interrumpir el baño para proveerse material y cambiar de agua cuantas veces sea necesario.

Material.

Palangana con agua templada, esponjas desechables con y sin jabón; toalla, guantes desechables, crema hidratante, ropa limpia para paciente y cama.

Preparación del paciente.

Informarle del procedimiento a realizar, adecuar la altura de la cama y colocar al paciente en la posición adecuada; fomentar la colaboración del paciente en la medida de sus posibilidades.

Técnica.

- ✓ Lavarse las manos y colocarse los guantes.
- ✓ Desnudar al paciente. Procurar dejar expuesta sólo la parte del cuerpo que se vaya a lavar, volviéndola a tapar inmediatamente después, para preservar la intimidad del paciente. Realizar el lavado siguiendo un orden desde las zonas más limpias a las menos limpias: Cara (sólo con agua), orejas y cuello. Extremidades superiores, tórax y axilas, con especial atención a axilas, región submamaria y espacios interdigitales. Abdomen y extremidades inferiores, insistiendo en las áreas umbilical, inguinal, hueco poplíteo y



espacios interdigitales. Genitales y periné: lavar desde el pubis hacia el periné, sin retroceder.

- ✓ En mujeres: Lavar la zona con la esponja jabonosa, de arriba abajo, limpiando cuidadosamente labios y meato urinario. Aclarar, eliminando completamente los restos de jabón y secar.
- ✓ En hombres: Lavar los genitales con esponja jabonosa, retirando el prepucio para un lavado minucioso de glande. Aclarar hasta eliminar todo resto de jabón y secar. Colocar el prepucio, para evitar edema de glande.
- ✓ Desechar la esponja y continuar con una esponja nueva por la parte posterior del cuello, espalda, glúteos, muslos y región anal.
- ✓ Con el paciente en decúbito lateral, enrollar la sábana bajera longitudinalmente hacia el centro de la cama e irla sustituyendo progresivamente por la limpia.
- ✓ Aplicar una pequeña cantidad de crema hidratante con un ligero masaje hasta su total absorción.
- ✓ Terminar de hacer la cama con ropa limpia, poner al paciente el pijama o camisón limpio y peinarle. En los pacientes con vía venosa periférica, al quitar el pijama o camisón, sacar primero la manga en que no tiene la vía y al ponerlo, al contrario, comenzar por la manga en que esté la vía.

Baño en cama

Es la limpieza del cuerpo con agua y jabón cuando el paciente está incapacitado para hacerlo por sí mismo.

Objetivos.

Dar comodidad y seguridad al usuario; estimular la circulación de todo el cuerpo, enseñar hábitos higiénicos al usuario, evitar infecciones; observar su estado de salud, proporcionar bienestar, disminuir la temperatura en caso de hipertermia y prevenir las úlceras por presión.

Equipo.

Dos toallas pequeñas, dos toallas grandes, jabón con jabonera, artículos de higiene personal (talco, desodorante, loción, colonia, talco), ropa de cama y de paciente; crema lubricante (fracciones), gasas y torundas; peine, dos



lavacaros, guantes de manejo (cuando haya riesgo de contacto con líquidos corporales), un balde, una jarra, papel periódico, cantidad suficiente, impermeable, gasa estéril cantidad suficiente, aplicadores, suero fisiológico, canastas de papel, riñonera y vaso.

Técnica.

- ✓ Preparar todo lo necesario, poniéndolo a mano y ordenando
- ✓ Pedir la colaboración de la persona que estamos cuidando.
- ✓ Comprobar que la temperatura de la habitación sea adecuada y haya intimidad.
- ✓ Ofrecer a la persona cuidada la posibilidad de orinar antes del baño.
- ✓ Retirar las ropas de la cama tapando a la persona cuidada con la toalla grande.
- ✓ Retirar la almohada, Situarse a un lado de la persona cuidada.
- ✓ Quitar el camisón o pijama manteniendo la toalla grande sobre el cuerpo.
- ✓ Llenar las palanganas de agua caliente.
- ✓ Echar en una de ellas jabón líquido.
- ✓ Introducir una esponja en cada palangana.
- ✓ Una será utilizada para jabonar y la otra para enjuagar; teniendo cuidado de no intercambiarlas.
- ✓ En el momento en el que el agua de cualquier palangana esté sucia o la de enjuagar se llene de jabón, la cambiaremos por agua limpia.
- ✓ Poner una toalla pequeña cruzando el pecho y lavar la cara, el cuello y las orejas con la esponja de enjuagar, es mejor no usar jabón en esta zona.
- ✓ Secar muy bien cara, orejas y cuello con la otra toalla.
- ✓ Levantar el brazo más cercano a nosotros y poner la toalla pequeña que estaba en el pecho debajo de él.
- ✓ Sosteniendo el brazo por encima de la muñeca, lavar el hombro, la axila y el brazo; jabonando, enjuagando y secando.
- ✓ Poner la palangana de jabón sobre la cama e introducir la mano de la persona cuidada en ella, jabonar muy bien, haciendo hincapié en las uñas y entre los dedos. Enjuagar y secar.
- ✓ Realizar la misma maniobra con el otro brazo.
- ✓ Descubrir la zona del pecho doblando en la mitad la toalla grande que cubría a la persona, jabonar y enjuagar la zona.
- ✓ Secar muy bien, sobre todo debajo de las mamas de la mujer.

- ✓ Tapar el pecho y descubrir el abdomen doblando la toalla ahora sobre el pecho. Enjabonar, enjuagar y secar con movimientos circulares para estimular los movimientos intestinales, hacer hincapié en el ombligo.
- ✓ Descubrir totalmente la pierna más cercana a nosotros y colocar la toalla protectora debajo de ella. Enjabonar, enjuagar y secar muslo y pierna.
- ✓ Colocar la palangana con jabón a los pies y si la persona cuidada puede doblar la rodilla, introducirle el pie dentro para jabonarlo. Hacer hincapié en las uñas y entre los dedos, jabonar y secar muy bien. Si los pies o las uñas de los pies de la persona están en muy mal estado, se recomienda hacer un aseo especial de ellos.
- ✓ Repetir la operación completa con la otra pierna y con el otro pie.
- ✓ Pedir a la persona que se vuelva sobre un lado de tal forma que nos muestre la espalda. Ayudar a la persona si lo necesita en este movimiento y asegurarse de que está estable y no se puede caer. También puede colocarse boca abajo si lo desea.
- ✓ Colocar la toalla protectora, sobre la cama, a lo largo de la espalda del paciente, jabonar, enjuagar y secar la espalda y las nalgas utilizando movimientos largos y circulares.
- ✓ Realizar un masaje en la espalda.
- ✓ Volver de nuevo a la persona sobre su espalda y lavar la región genital. A veces es necesario realizar aseo genital, pero la mayoría de las veces bastará con jabonar, enjuagar y secar muy bien las ingles y la zona genital externa.
- ✓ Terminado el aseo, vestir a la persona y hacer la cama.
- ✓ Colocar la almohada y poner a la persona en posición cómoda.

En conclusión los distintos tipos de baños son utilizados de acuerdo al que el paciente requiera, o bien la que su condición le permita, como anteriormente lo decía el baño es utilizado para brindar higiene y ser terapéutico; asimismo ayuda a estimular la circulación, ya que hay una dilatación de las arteriolas superficiales, trayendo más sangre es decir más nutrientes a la piel. “No se debe tratar la enfermedad. Se debe tratar al paciente que la sufre” (Maimónides).

Succión gástrica.

Es la introducción de una sonda por uno de los orificios nasales hasta la cavidad gástrica. La succión gástrica, o bombeo del estómago, es un procedimiento que su médico puede realizar para vaciar el contenido de su estómago rápidamente durante una emergencia.

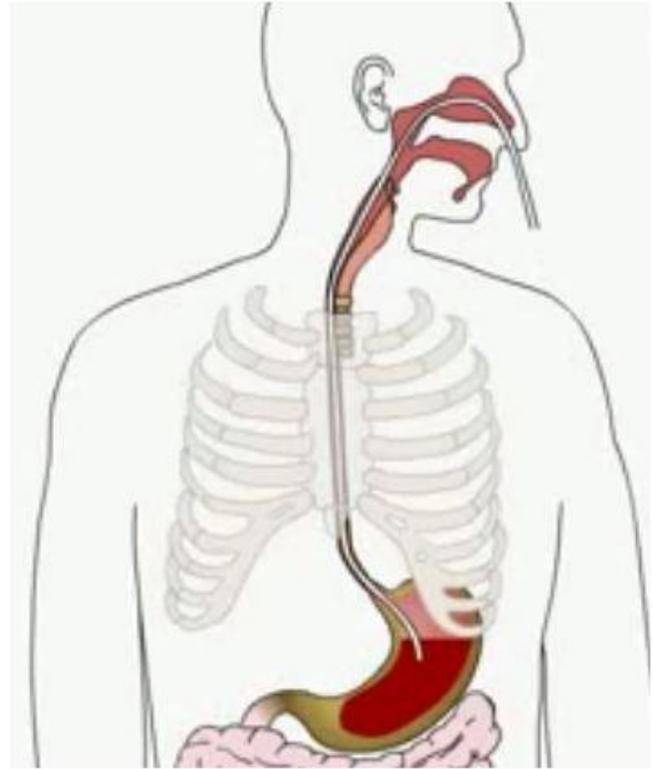
Este procedimiento tiene los siguientes objetivos: establecer un medio de drenaje por aspiración o gravedad para eliminar líquidos y/o gases del aparato digestivo; administrar medicamentos y/o alimentos directos a la cavidad gástrica; recolectar muestras del contenido gástrico con fines diagnósticos, realizar lavado gástrico, administrar alimentación enteral, administrar medicamentos, prevenir broncoaspiración en usuario(a) con disminución de conciencia y contribuir a establecer el diagnóstico de salud.

Materiales.

Guantes, sonda nasogástrica con las características adecuadas, lubricante hidrosoluble, gasas, apósito para fijar la sonda (hipoalergénico), jeringa de 60 cc conexión ENFIT si la sonda que vamos a colocar es para administrar alimentación o cono excéntrico para otros usos y fonendoscopio.

Técnica.

Revisar el expediente de salud del usuario(a) y verificar la indicación médica. Realizar higiene de manos según procedimiento. Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del usuario(a) y verificar el funcionamiento del equipo de succión. Regular la presión del aspirador entre 80 y 100 mmHg en forma intermitente e identificar e informar al usuario(a) acerca del procedimiento. Si está indicado, rotular la muestra de jugo gástrico, con los datos del usuario(a). Permitir un ambiente de privacidad para el usuario(a) y asistir al usuario(a) a colocarse en posición semifowler según lo permita su condición. Colocar el campo cerrado o el paño alrededor del cuello y parte del tórax. Colocarse los guantes. Medir la longitud de la sonda que introducirá de la siguiente manera: La distancia que existe entre el punto de la nariz y el lóbulo de la oreja. Sumar la distancia que hay



entre el lóbulo de la oreja y el apéndice xifoides. Establecer hasta cuál marca de las que ya trae la sonda, debe introducir. Lubricar el extremo proximal de la sonda. Elegir la fosa nasal, e introducir la sonda nasogástrica hasta la marca que previamente había identificado. Indicar al usuario(a) que degluta constantemente, y que respire en forma lenta y tranquila mientras introduce la sonda. (El usuario(a) puede saborear trozos de hielo, envueltos en gasa, si su condición lo permite). La posición de Fowler alta y la cabeza sujeta a la almohada, facilitan la introducción, ya que la gravedad contribuye al paso del tubo. Verificar que la sonda esté en el sitio correcto de la siguiente manera: Sumergir el extremo distal de la sonda en la copa o vaso con agua y comprobar que no produzca burbujas. Aspirar contenido gástrico con la jeringa asepto. Recoger la muestra de jugo gástrico con la jeringa asepto según indicación médica y verter en el recipiente rotulado para el efecto. Fijar la sonda utilizando el sujetador para sonda nasogástrica. Rotular la sonda nasogástrica con: fecha, hora y nombre de la persona de enfermería que realizó el procedimiento. Adaptar la SNG al succionador, si se requiere. Fijar la conexión del equipo de succión a la cama. Observar que el usuario(a) quede cómodo y la unidad en orden. Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos. Dar cuidado al equipo posteriormente.

Al término del procedimiento llevado a cabo debemos observar si el paciente presenta cianosis, tos o dificultad para hablar, de igual modo observar si la sonda no se encuentra enrollada en la boca. De igual manera se recomienda cambiar cada 8 días la sonda, asimismo el cambio de la fijación de la sonda debe realizarse diariamente, así como también limpiar las fosas nasales diariamente y si es posible, lo ideal es rotar el tubo de vez en cuando y cambiar la zona de contacto con la nariz para evitar irritaciones.

Los riesgos que existen en este procedimiento es que estemos en una falsa vía, es decir, la sonda se puede colocar dentro de la vía respiratoria en vez del esófago, que haya broncoaspiración, vómito y hemorragias nasales.



En conclusión este procedimiento conduce la comida directamente hasta el estómago y, por ello, no sirve para digerirla, solamente para facilitar su llegada a este órgano. Como mencionada también se usa para eliminar el contenido del estómago o para administrar ciertos medicamentos. De igual modo el seguir recomendaciones y utilizar la técnica correcta evita complicaciones como las ya mencionadas. Este procedimiento me ha dejado mucho conocimiento y aprendizaje.

Lavado genital.

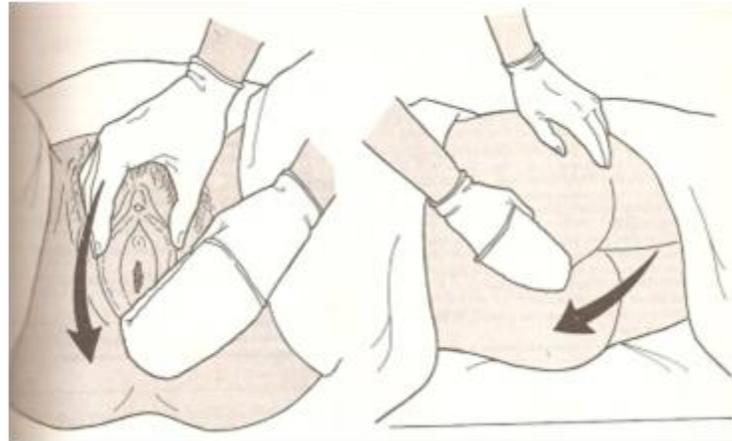
Este procedimiento consiste en el lavado de los genitales externos y la región perineal; además este tiene objetivos y técnicas para realizarlo adecuadamente.

Para adentrarnos más a este tema comencemos con los objetivos, los cuales son, prevenir irritaciones e infecciones en la zona perineal; evitar infecciones después de intervenciones quirúrgicas urogenitales; fomentar hábitos de higiene y proporcionar comodidad y bienestar.

De acuerdo con lo que leí hay lavado perineal femenino y masculino; para el lavado se utilizan materiales: palangana con agua templada, esponja y jabón, cuña, torundas y guantes.

Para realizar el procedimiento lo primero q hay que hacer es preparar el material necesario y llevarlo a la habitación del paciente, después lavarnos las manos y explicarle al paciente el procedimiento, siempre reservar su intimidad; colocarse los guantes, preparar el agua a la temperatura adecuada, Colocar al paciente en decúbito supino, desnudar al paciente y cubrirlo parcialmente con la sabana, dejando al descubierto la zona a lavar.

En caso de ser mujer lo siguiente a realizar será Verter jabón líquido en el monte de Venus, los genitales y la cara anterior del muslo. Limpiar el monte de Venus con una torunda de algodón; hacer movimientos horizontales desde el monte de Venus hacia el ombligo. Descartar la torunda. Limpiar con otra torunda el labio mayor distal, desde el clítoris hacia el periné, con movimiento vertical en una sola dirección y luego descartar la torunda. Repetir el paso anterior, con el labio mayor proximal y los labios menores en la misma secuencia; utilizar una torunda cada vez y descartar. Deslizar otra torunda por el centro de la vulva con movimiento vertical y descartar. Lavar con otra torunda la región del muslo distal de adentro hacia fuera, con movimientos verticales haciendo énfasis en el pliegue inguinal y descartar. Realizar el mismo procedimiento con el muslo proximal. Verter agua tibia sobre el monte de Venus y los genitales. Repetir los pasos anteriores a fin de eliminar el jabón. Secar las zonas lavadas con las torundas de algodón en la misma forma y secuencia que en las acciones anteriores. Colocar a la usuaria en posición de Sims (decúbito lateral izquierdo), limpiar y secar la zona perianal, desde la hendidura bulbar hasta el ano.



En caso de ser varón lo siguiente a realizar será verter jabón líquido recomendado en el pubis, los genitales y la cara anterior del muslo incluyendo pliegue inguinal. Utilizar la pinza mota con torunda de algodón para esparcir el jabón en el pubis del ombligo a los genitales con movimientos horizontales. Descartar la torunda; sujetar el pene con la mano no dominante y bajar el prepucio. Lavar con otra torunda el meato urinario hasta el cuello del glande en forma circular sin devolverse y descartar la torunda. Utilizar nueva torunda para lavar el cuerpo del pene del cuello del glande hasta la raíz del mismo y descartar. Lavar el escroto en dos partes, distal y proximal; utilizar una torunda para cada uno y descartar. Lavar con nueva torunda la región del muslo distal, de adentro hacia fuera con movimiento vertical, haciendo énfasis en el pliegue inguinal y descartar. Realizar el mismo procedimiento con el muslo proximal. Verter agua tibia sobre los genitales y repetir los pasos anteriores a fin de eliminar el jabón. Secar zonas lavadas con las torundas de algodón en la misma secuencia y colocar al usuario(a) en posición Sims (decúbito lateral izquierdo), lavar y secar la zona anal, incluyendo el surco interglúteo.



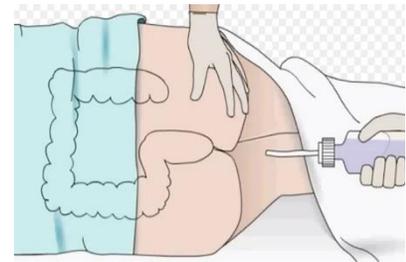
Las recomendaciones en este procedimiento es que si se trata de un menor, se solicite la presencia de un familiar para evitar problemas legales, de igual modo el equipo se tiene que adaptar a las condiciones de salud y el lugar en el que se encuentra el paciente. De igual modo los riesgos son la presencia de infecciones por arrastre y presentar traumas tanto físicos como psicológicos.

En conclusión este procedimiento se realiza en pacientes que no pueden hacerlo por sí mismos ya que su condición no se lo permite, por ende necesitan ayuda de la enfermera para realizar la higiene y así prevenir infecciones por bacterias, hongos o irritaciones y lesiones cutáneas. Sin embargo también es utilizado para fomentar la higiene en pacientes que dada su falta de educación no tienen o practican una correcta higiene. Es muy importante utilizar la técnica o procedimiento correcto para evitar riesgos como se mencionó anteriormente. Y por último siempre debemos hacer sentir cómodo al paciente para que todo sea más fácil. “La enfermería pone al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza pueda sanar las heridas” (Florence Nightingale).

Enemas.

El colon es el encargado de dividir los compuestos nutritivos de los desechos que entran en el organismo. El problema es que, con el paso del tiempo, la barrera que cubre el colon se ensucia y se acumula de numerosos parásitos, materias tóxicas y mucosidad. Un enema es un remedio natural para limpiar de manera efectiva tanto los intestinos como el colon de una persona a través de la introducción de una solución acuosa, ya sea en un estado tibio o frío a través del recto.

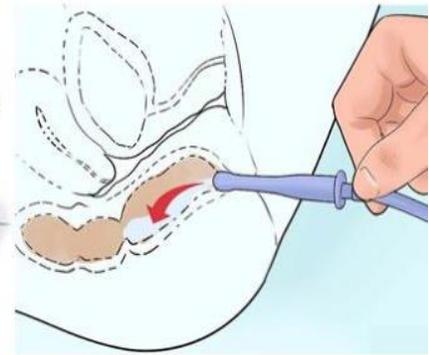
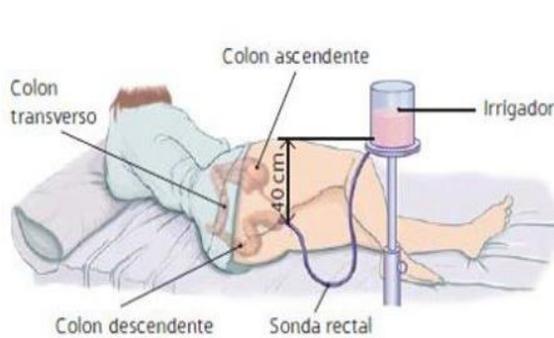
De acuerdo con lo que leí el enema está definido como la introducción de un catéter rectal a través del esfínter anal hasta el recto e introducir líquidos en forma lenta por vía rectal, para favorecer la evacuación de heces del intestino o complementar tratamientos. Este procedimiento tiene como objetivos favorecer la eliminación de gases y materia fecal; favorecer la limpieza del intestino, desintoxicar el organismo, disminuir la distensión abdominal, complementar tratamientos y suministrar tratamientos o medios de diagnóstico.



Los materiales que se utilizan son: recipiente con solución indicada, guantes estériles, irrigador con su tramo de goma, adaptador, pinza protegida o llave de seguridad, sondas rectales o cánulas, lubricantes, torundas, hule y sábana tirante; portairrigador, riñonera, papel higiénico, cuña (si es necesario), agua, jabón y toalla (si es necesario el aseo de la región por la enfermera) y pera o jeringa para uso en pediatría.

La técnica utilizada comienza por verificar la indicación en el expediente de salud e informar al usuario, y solicitar el consentimiento del procedimiento. Realizar higiene de manos. Abrir el cubre paquete de la sonda rectal. Preparar el equipo de enema (hacer conexión de hule al tanque y a la sonda rectal por medio de la cápsula cerrada). Verter en el tanque 500 cc de agua estéril tibia si es un enema y 100 cc si es un micro enema. Agregar los otros componentes indicados (medicamentos, aceite mineral u otro). Extraer el aire de la conexión dejando salir unos 5 cc del líquido. Pinzar la sonda y asegurar un ambiente de privacidad al usuario(a) durante el procedimiento. Ayudar al usuario a adoptar la posición de Sims izquierdo (decúbito lateral, con brazo izquierdo a lo largo del cuerpo, pierna derecha flexionada). Cubrir al usuario con la sábana movable, dejando descubierto la zona anal. Colocar ahulado y sábana movable debajo de los glúteos del usuario(a). Lubricar el extremo distal de la sonda rectal. Solicitar al usuario(a) que respire profundamente por la boca, para permitir la relajación del esfínter anal e introducir la sonda

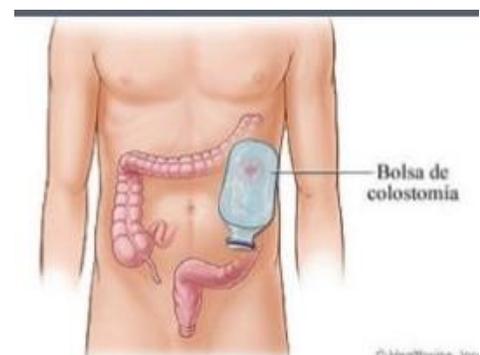
rectal aproximadamente 10 centímetros, en dirección al ombligo (esta dirección sigue el trayecto anatómico del intestino grueso). Despinzar la sonda y pasar suave y lentamente la solución. Elevar con la mano libre el tanque por encima de los hombros (aproximadamente 60 cm sobre el nivel de la cama) o colocar en el soporte del gigante. Mantener al usuario(a) cubierto con sábana. Pinzar la sonda y retirar la sonda rectal al terminar la solución de pasar. Higienizar la zona perianal, en caso necesario y ayudar al usuario(a) a que evacue en el sanitario; y por último elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.



Los riesgos de este procedimiento son: dolor anal, lesión intestinal, dolor abdominal, laceraciones y contaminación. De igual manera este procedimiento no debe llevarse a cabo si se presenta traumatismo en el abdomen, sangrado de tubo digestivo, si se padece apendicitis e inflamación intestinal; casos de peritonitis, tampoco es recomendable después de una cirugía abdominal; sensibilidad, intolerancia o alergia a los compuestos del enema.

Del mismo modo se deben seguir recomendaciones, las cuales son las siguientes: Extraer el aire antes de introducir la sonda; introducir la sonda rectal en adultos, 10 cm; en niños de 5 a 7 cm y en lactantes de 2,5 a 4 cm; administrar el enema a la temperatura indicada, evitar la entrada de aire al recto; lubricar la sonda o cánula evitando de esta forma molestias al paciente y orientar al paciente que miccione antes de administrar el enema.

Por otro lado hay otros tipos de enemas como lo son el de retención que está definido como la introducción lenta por vía rectal de solución medicamentosa o diagnóstica para ser retenido o absorbido; sus objetivos son: administrar medicamentos para efectos locales o generales y administrar sustancias con fines de diagnóstico. También tenemos al enema por colostomía que es un procedimiento por el cual se introduce líquido en el colon a través de la estoma intestinal; sus objetivos son: administrar algún medicamento y facilitar la limpieza intestinal.



En conclusión un enema es una solución líquida y acuosa que se introduce por vía rectal a través del ano, con el fin de estimular el intestino y provocar la eliminación de heces. Se introduce con una cánula y puede tener fines terapéuticos o diagnósticos. Del mismo modo se debe utilizar la técnica o procedimiento correcto para evitar riegos como los mencionados anteriormente. Como sabemos todas estas técnicas mencionadas en los anteriores ensayos son llevadas a cabo por la enfermera la cual debe aplicar todos sus conocimientos para evitar complicaciones para el paciente. Estos procedimientos son para mejorar el estado de salud del paciente. Recordemos que en todo momento debemos procurar que el paciente se sienta cómodo al momento de estar realizando dichos procedimientos ya que eso hará más fácil el trabajo.

Referencias bibliográficas.

Aguilera Peña, F. M. (2010). *Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería*. Murcia: Hospital Universitario Reina .

Buchda, V., & Trynizewsky , C. (s.f.). *Procedimientos de enfermería*. (1a. ed.). México D.F.: Interamericana.

J., A., & Triviño. (s.f.). *Enfermería y las vías de administración de medicamentos*. Centro de investigación y desarrollo profesional.

Universidad del Sureste. (s.f.). *Técnicas especiales de enfermería*. pág.85-111.