



Mi Universidad
ENSAYO

MATERIA: FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA III

TEMA: TECNICAS ESPECIALES DE ENFERMERIA.

DOCENTE: MARIA DEL CARMEN LOPEZ SILBA.

ALUMNO: JORGE ADRIAN LOPEZ AGUILAR.

PARCIAL: 1ER PARCIAL.

CUATRIMESTRE: 3ER CUATRIMESTRE.

LICENCIATURA: LICENCIATURA EN ENFERMERIA.



Técnicas especiales



de enfermería.



Introducción:

Sabemos que la enfermería es el arte de cuidar a las personas, es el arte de realizar cuidado con un fin, el fin de ver un mejoramiento en la salud de los pacientes, bueno, pues durante el estudio de este trabajo conoceremos un poco más acerca de que es la enfermería, como son los cuidados y las técnicas más funcionales en enfermería, conocidas como las técnicas especiales de enfermería, tenemos entendido que las técnicas de enfermería son prácticas asistenciales y sanitarias de enfermería que se hacen en los pacientes. Recibir estos tratamientos no implica un ingreso hospitalario sino quienes reciben estos cuidados básicos pueden ser usuarios de atención primaria o, incluso, personas dependientes, es decir todas las personas pueden recibir este tipo de trato y de cuidados, la salud no se le niega a nadie, continuando con los datos, la salud es algo que todos tenemos derecho a gozar, en la cual debe de ser libre para todos, en la cual los cuidados dependerán del grado o del estado de salud del paciente, muchos de estos no requieren de una asistencia médica un poco más especializada, si no que requieren de un chequeo breve por así decirlo, como por ejemplo verificar que el paciente este aseado de manera correcta o que vaya limpio, también daremos cuenta si el paciente es capaz de moverse por cuenta propia o necesita ayuda de una persona más, ver si está sano, si se está alimentando bien, si está tomando agua, en fin un montón de cosas en las cuales vamos a analizarlas y comprenderlas un poco más. Incluso daremos nuestro punto de vista acerca de las problemáticas que pueden llegar a tener estos cuidados, tanto como al paciente o como el enfermero en turno, por así decirlo, también daremos nuestro punto de vista acerca de los mejoramientos y las cosas positivas que pueden llegar a haber después de obtener los cuidados proporcionados.

Técnicas especiales de enfermería.

Tenemos entendido que las técnicas en enfermería son los cuidados que un profesional de la salud proporciona a un paciente, Recibir estos tratamientos no implica un ingreso hospitalario sino quienes reciben estos cuidados básicos pueden ser usuarios de atención primaria o, incluso, personas dependientes, es importante mencionar que el propósito es tener un mejor higiene y mejoramiento en el paciente. Entre estas técnicas tenemos como la primordial al:

Lavado de manos clínico, se entiende como El lavado de manos es la medida más importante para reducir el riesgo de transmisión de microorganismos. Está demostrado que las manos del personal sanitario son la vía de transmisión de la mayoría de las infecciones cruzadas y de algunos brotes epidémicos. Este proceso durara como mínimo 1 minuto

Objetivos: Eliminar suciedad y microorganismos transeúntes de la piel.

Como aportación a este tema puedo decir que el lavado de manos es el primer paso para tener una higiene en el hospital ya que antes y después de que se realice alguna intervención se realizara este lavado de manos. Algunas de las recomendaciones por así decirlo son: Al iniciar y finalizar la jornada laboral. Antes y después de realizar cualquier procedimiento al paciente. Antes y después de la preparación de alimentos o medicación. Antes y después de la realización de procedimientos invasivos. Después de contactar con cualquier fuente de microorganismos: fluidos biológicos, membranas mucosas, piel no intacta, objetos que puedan estar contaminados (cuñas, bolsas de diuresis). En el manejo de pacientes con criterios de aislamiento, colonizados o infectados por gérmenes multirresistentes de interés epidemiológico, ante brotes o alertas epidemiológicos. Pero como todo procedimiento en enfermería puede tener beneficios, sin embargo también tiene precauciones al momento de realizar el lavado de manos algunos de ellos son: Verificar que las manos y antebrazos estén libres de anillos, pulseras y reloj. La piel debajo de los anillos está más altamente colonizada que la piel de los dedos sin anillos. En un estudio realizado por Hoffman (1985) encontró que el 40% de las enfermeras abrigaron bacilos gram-negativos como E. Cloacae, Klebsiella y Acinetobacter, en la piel bajo los anillos, identificándose como factor de riesgo substancial para llevar bacilos gram negativos y S.Aureus. Tener uñas cortas al borde de las yemas de los dedos y sin esmalte. Las áreas subunguales de las manos abrigan altas concentraciones de bacterias, las más frecuentes son estafilococos coagulasa-negativos, cepas gram negativas (incluyendo Pseudomonas spp.), corinobacterias y levadura. El esmalte aumenta el número de bacterias y su proliferación sobre las uñas. Por eso es importante seguir cada una de las recomendaciones para poder tener las manos limpias antes y después de realizar alguna intervención médica.

Pero como poder realizar un buen lavado de manos, a continuación, tenemos el procedimiento correcto del buen lavado de manos clínico:

1. Apertura la llave del caño hasta obtener agua a chorro moderado que permita el arrastre mecánico.
2. Humedezca sus manos.
3. Aplicar en la palma de la mano Clorhexidina al 2%.
4. Realice el frotado hasta obtener espuma en toda la superficie de las manos
5. Realice el frotado de las palmas de mano entre sí.
6. Realice el frotado de la palma derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
7. Realice el frotado de las palmas de mano entre sí, con los dedos entrelazados.
8. Realice el frotado del dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
9. Realice el frotado del pulgar izquierdo con movimiento de rotación atrapándolo con la palma de mano derecha y viceversa
10. Realice el frotado de la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa
11. Enjuáguese las manos, de la parte distal a la proximal con agua a chorro moderado y no sacudirlas.
12. Cierre la espita del caño con la misma toalla que utilizó.

Recordando cada una de las instrucciones y recordando la indicación, antes, durante y después de, el lavado de manos cuenta con 5 momentos para realizarlo: 1. Antes del contacto con el paciente. Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que usted tiene en las manos. Ejemplo: al estrecharle la mano, al ayudarlo a moverse, al realizar un examen clínico.

2. Antes de realizar una tarea limpia/aséptica. Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que puedan ingresar a su cuerpo, incluido sus propios gérmenes. Ejemplo: cuidado oral, dental, aspiración de secreciones, curaciones, inserción de catéteres, preparación de alimentos, administración de medicamentos.

3. Después de una exposición a fluidos corporales y después de quitarse los guantes: Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de gérmenes dañinos del paciente. Ejemplo: cuidado oral, dental, aspiración de secreciones, extracción y manipulación de sangre, orina, heces y desechos de los pacientes.

4. Después del contacto con el paciente: Realizar la higiene de las manos después de tocar al paciente o su entorno inmediato, cuando nos alejamos del paciente. Para protegerse y

proteger el entorno de atención de salud de gérmenes dañinos del paciente. Ejemplo: al estrecharle la mano, al ayudarlo a moverse, al realizar un examen clínico.

5. Después del contacto con el entorno del paciente: Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de gérmenes dañinos del paciente. Ejemplo: cambiar la ropa de cama, ajustar la velocidad de perfusión.

Baño en el paciente hospitalizado.

El baño: además de la limpieza de la piel, el baño tiene otros propósitos. Resulta refrescante y relajante, estimula la circulación y se ejercitan las partes del cuerpo. Pueden realizarse algunas observaciones mientras se lleva a cabo y, además, permite hablar con el paciente y conocerle mejor. El baño puede ser en cama, completo o parcial, en bañera o una ducha. El método depende del estado del paciente, de la capacidad para cuidarse por sí mismo y de la elección personal. En las unidades de salud, usualmente el baño tiene lugar a diario por la mañana. De nuevo se considerará la elección personal en relación a la hora del día y la frecuencia. Si una persona tiene la costumbre de bañarse antes de acostarse, se le permitirá que continúe esa práctica si es posible. La frecuencia del baño es un asunto individual. Algunas personas se bañan al menos una vez al día. Otras toman un baño completo sólo una o dos veces por semana. Las preferencias personales, el clima, la actividad física y la enfermedad influyen en la frecuencia de los baños. La enfermedad casi siempre aumenta la necesidad de bañarse debido a la fiebre y el aumento de sudor. No obstante, algunas enfermedades y la sequedad de la piel a veces hacen recomendable el baño sólo cada 2 o 3 días. Los pacientes encamados deben bañarse todos los días y las veces que precise.

Tipos de baños

- Baños Higiénicos. Tiene la finalidad de limpieza y pueden ser: o Baño completo.
 - En la cama: a los enfermos que no se pueden levantar.
 - En el cuarto de baño: es el realizado por el propio paciente.
- Baño parcial: o Se lavan zonas concretas del cuerpo (cara, axilas, pies, genitales, manos...) que, si se descuidan, pueden producir mal olor y diversas enfermedades.
- Baño terapéutico; tiene finalidad curativa. Son ejemplo de ellos: a) Baño de asiento. Consiste en la inmersión de la parte comprendida entre la zona media del muslo y la cresta iliaca en agua a una temperatura de 43-46°C. b) Baño emoliente. Consiste en la inmersión del cuerpo en agua a 35-38°C, a la que se le añade una de las siguientes sustancias: 3 tazas de avena, 500 g de almidón o 150 g de bicarbonato sódico. Los emolientes son sustancias sedantes y suavizantes de acción local.

Material

- Dos palanganas: una con agua jabonosa y otra con agua limpia.

- Esponja del enfermo o manopla, que se hace con una compresa quirúrgica.
- Jabón líquido antiséptico y neutro.
- Dos mantas de baño (una doblada como la bajera y otra doblada como la encimera).
- Seis toallas pequeñas.
- Alcohol de tanino o loción para masaje (glicerina, pomada, crema para la piel).
- Material para la higiene bucal: batea, riñonera, cepillo, pasta dentífrica, un vaso de agua, torundas y pinza de Kocher, solución desinfectante bucal y depresor de lengua.
- Material para la higiene de los genitales. Torundas, pinzas de Kocher, jarra con agua y cuña.
- Peine o cepillo del cabello.
- Cepillo de uñas.
- Tijeras de punta roma (para cortar las uñas).
- Camisón limpio o ropa limpia.
- Bolsas para la ropa sucia.
- Bata y guantes para el auxiliar de enfermería.
- Un termómetro de baño.

Técnica

Generalmente, para llevar a cabo el baño completo es necesaria la colaboración de dos auxiliares de enfermería.

Pasos a seguir:

- Poner material en el carro de curas y llevarlo a la habitación situándolo al lado de la cama del paciente.
- Proteger la intimidad de paciente usando biombos, si hubiese otros enfermos en la misma habitación. Siempre hay que dejar al paciente cubierto con una manta de baño o, si se dispone de ella, con la sábana encimera.
- Cambiar el agua tantas veces como sea necesario y siempre antes de la higiene de los genitales.
- Aclarar muy bien el jabón procurando que no queden restos que podrían irritar la piel del enfermo.

- Durante el baño, observar si hay anomalías en la piel del enfermo (úlceras o rojeces que persisten) en caso afirmativo, informar inmediatamente al facultativo correspondiente.

LAVADO GÁSTRICO:

El lavado gástrico es una técnica invasiva con la que se consigue vaciar el contenido del estómago para evitar que los tóxicos ingeridos de forma accidental o voluntaria pasen al resto del tubo digestivo y se absorba. Se consigue introduciendo una sonda a través de la nariz o la boca hasta llegar al estómago.

PREPARACIÓN PARA EL LAVADO GÁSTRICO

Comprobar la identidad del paciente. Informar a paciente y/o familia sobre el procedimiento a realizar. Antes de la realización del lavado gástrico, en caso de que en paciente esté en coma, tendrá que ser previamente intubado evitando así broncos aspirados. Preparar el material necesario. En el caso de que el paciente lleve prótesis dental retirarla. Realizar en cuarto o box que permita la intimidad del paciente.

PROCEDIMIENTO

Introducir lentamente la sonda por la nariz o la boca, pasará por la faringe, esófago hasta llegar al estómago. Para comprobar que se ha colocado correctamente se introducirá un poco de aire con una jeringa de 50 ml, se debe hinchar el estómago, y no los pulmones. Si aparece al introducir la sonda tos, estridor o cianosis, retirar de inmediato e intentar de nuevo. No realizar maniobras bruscas ni forzar. Una vez en el estómago se succiona el contenido en una bolsa o en un envase transparente, cuña o palangana de la sonda. Así se podrá ver de forma directa el contenido del estómago y se comprobará la presencia de sangre, medicamentos, o restos de alimentos. Se introduce agua templada (unos 200 ml) por la sonda a través de una bolsa o jarra conectada a la sonda, así el estómago se llena de agua y su contenido se diluye. Después se desconecta de la jarra o bolsa y se deja a derivar para que salga el contenido descendiendo posteriormente la sonda por debajo del nivel del paciente para facilitar el drenaje por gravedad. Este paso se puede realizar varias veces. Realizar una presión suave en el abdomen, antes de cada extracción favorece su expulsión. En ocasiones es necesario introducir a través de la sonda sustancias como el carbón activado que neutraliza y elimina la mayoría de los medicamentos y tóxicos que se ingieren. En otros casos se extrae la sonda cuando ya no sale más contenido estomacal y se pide al paciente que ingiera el carbón activado. Una vez finalizado colocar al enfermo en posición cómoda.

Gestión de muestras

Las muestras recogidas irán en el envase identificado y con el volante al laboratorio pertinente.

Gestión de residuos

El material de un solo uso se desecha en las bolsas para tal uso y proceder al lavado del material reutilizable.

CONTRAINDICACIONES

Ingesta de sustancias alcalinas. Cáusticos, hidrocarburos y detergentes. Estrechez de esófago. Perforación de estómago. Agitación. Neumonía por aspiración. Intoxicación por benzodiazepinas. Intoxicación etílica. Problemas cardiacos.

COMPLICACIONES EN EL PROCESO

Imposibilidad del paso de la sonda. Molestia local. Pequeñas hemorragias conjuntivales. Sangrado menor que puede aparecer al pasar la sonda por el tubo digestivo. Bronco aspiración. Neumonía por el paso de la sonda a la tráquea. Espasmo de las cuerdas vocales. Problemas provocados por la sedación. Paso del contenido gástrico al intestino delgado por empuje con la sonda. Efecto vagal. Alteraciones electrocardiográficas (arritmias).

SUCCION GASTRICA.

Es un procedimiento para vaciar los contenidos del estómago. La aspiración nasogástrica (succión) es el proceso de drenar el contenido del estómago mediante el tubo. La aspiración nasogástrica se utiliza principalmente para eliminar las secreciones gástricas y aire tragado en pacientes con obstrucción gastrointestinal. Consiste en la colocación de un tubo orogástrico con el fin de aspirar y administrar pequeñas cantidades de líquido para así evacuar el tóxico que aún se encuentre almacenado en el estómago. Lavado gástrico; Bombeo del estómago; Succión con sonda nasogástrica

Definición: Es un procedimiento para vaciar los contenidos del estómago y se puede hacer para realizar exámenes o para extraer materiales tales como venenos.

Forma en que se realiza el examen

Se introduce una sonda a través de la nariz o la boca, bajando por el esófago hasta llegar al estómago. Algunas veces, se puede administrar un anestésico con el fin de minimizar la irritación y el reflejo nauseoso a medida que se introduce dicha sonda. Los contenidos estomacales se pueden extraer utilizando la succión de inmediato o después de irrigar con agua a través de la sonda.

Preparación para el examen

En una emergencia, como cuando un paciente ha tomado veneno o está vomitando sangre, no se requiere ninguna preparación para la succión gástrica. Cuando se hace para realizar exámenes, es posible que el médico le solicite no comer desde la noche anterior o dejar de

tomar ciertos medicamentos. Lo que se siente durante el examen Se puede experimentar una sensación de náuseas a medida que se va introduciendo la sonda.

Razones por las que se realiza el examen

Este examen se puede realizar por diferentes razones, como: Extraer venenos, materiales tóxicos o medicamentos en sobredosis del estómago. Limpiar el estómago antes de llevar a cabo una endoscopia de vías digestivas altas (esofagogastroduodenoscopia) en alguien que haya estado vomitando sangre. Recoger ácidos estomacales para exámenes. Aliviar la presión en alguien con una obstrucción en los intestinos. Cuáles son los riesgos: Existe un pequeño riesgo de introducir la sonda accidentalmente a través de las vías respiratorias en vez del esófago.

Otros pequeños riesgos pueden ser los siguientes: Aspiración de los contenidos gástricos, Perforación del esófago, Sangrado leve.

Material: guantes, gasas, sonda gástrica de tipo Levin (una sola luz) o Salem (dos luces), lubricante hidrosoluble, jeringa de cono ancho que se adapte a la sonda, recipiente o bolsa colectora, esparadrapo, fonendoscopio, equipo de aspiración, solución salina.

ENEMAS EN EL PACIENTE:

Un enema es una solución líquida y acuosa que es introducida por vía rectal en la zona terminal del intestino 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. La propia palabra enema por sí misma también hace referencia al “utensilio” o “material” ya que describe el procedimiento o a la técnica de introducir la solución en el intestino. El enema permite la evacuación de heces y/o gases o también puede ser empleado para administrar algún tipo de sustancia por vía rectal y así su posterior absorción a nivel intestinal. (Contraste para pruebas diagnósticas entre otros.) El responsable de la administración es el personal técnico auxiliar de enfermería (TCAE). Por tanto, deben tener los conocimientos suficientes tanto teóricos como prácticos para llevar a cabo la técnica de la mejor forma posible. Enema evacuatorio o de limpieza: El más frecuente, útil para lograr la limpieza del intestino. Indicado en estreñimiento, para una limpieza intestinal previa a una prueba radiológica o para una intervención quirúrgica. Este es el tipo de enema en el que se va a centrar el artículo. Enema carminativo o lavativa de Harris: útil para la eliminación de gases intestinales. Enema de retención: útil para administración de medicación o alguna exploración radiológica como un enema opaco de bario. En este caso se retiene en el intestino por unos 20-30 minutos. Las contraindicaciones generales para la administración de cualquier enema son: Pacientes con patología anorrectal (hemorroides, fisuras, abscesos...) o una intervención quirúrgica muy reciente en la zona perineal o abdominal y pacientes cardíacos. 1,2 Tampoco se recomienda la administración de enema ante la sospecha de apendicitis, peritonitis o cualquier tipo de patología a nivel abdominal.

Material necesario:

Guantes desechables. Gasas, papel higiénico, compresas. Termómetro para verificar la temperatura adecuada del enema. Empapadores de cama. Ropa de cama de cambio. Batea, palangana y/o cuña. Bolsa para desechar el material. Sonda rectal. Lubricante hidrosoluble. Solución para la irrigación. Pinzas de Kocher (en caso de que no lleve llave de paso el equipo de irrigación). Sistema de irrigación en los casos que sea necesario y un soporte para el mismo. Material para el aseo posterior del paciente (esponjas jabonosas, toallas, palangana)

Consideraciones previas al procedimiento a tener en cuenta:

Verificar junto al personal de enfermería la prescripción médica. Se comprobará de nuevo la identidad del paciente. Se le informará detalladamente con un lenguaje claro y conciso, sin tecnicismos sobre la técnica que se le va a realizar, el motivo por el cual se le realiza. Se solicita su consentimiento verbal. Se le indicará que para la correcta realización del procedimiento deberá colocarse en una posición: decúbito lateral izquierdo, estando la rodilla derecha ligeramente flexionada o también llamada posición de Sims. Explicándole que esta postura permite la correcta visualización de la anatomía del ano, además de facilitar que fluya mejor por gravedad a lo largo de todo el sistema intestinal (colon sigmoide y descendente), favoreciendo la retención del mismo. Se solicitará su posible colaboración durante todo el procedimiento siempre que sea posible. Se le insistirá en la gran importancia que tiene la retención del enema el mayor tiempo posible para así mejorar los resultados esperados. Informarle que puede sentir cierta molestia a nivel abdominal al introducir la solución irrigadora. Se cerrarán todas las puertas, manteniendo en todo momento la intimidad del paciente, así como se evitarán las corrientes de aire. Si es necesario se bajará las cortinillas o se colocará un bambú para separar las camas en caso de ser una habitación compartida.

Procedimiento:

Lavado de manos previo. Colocación de guantes no estériles. Preparación de todo el equipo de irrigación e incluso el purgado en los casos que sea necesario, dejando cerrada la llave de paso para evitar la salida de la solución. Se comprueba la temperatura correcta del enema (entre 37 y 40° C) para evitar posibles quemaduras. Le indicaremos que deberá colocarse en decúbito lateral izquierdo con la pierna derecha flexionada. Se le descubre la zona. Se coloca el empapador. Se pone lubricante en una gasa y se pasa por la sonda rectal. Se separa la nalga superior con la mano no dominante y se observa la zona del ano.

Le ordenamos al paciente que realice una inspiración profunda y espire lentamente, ya que con ello se logrará la relajación del esfínter externo del ano. Coincidiendo con una espiración, cuando la presión abdominal es nula, se introduce la punta de la sonda rectal, con un pequeño movimiento rotatorio y siguiendo una dirección como hacía el ombligo,

hacia arriba y hacia atrás (coincidiendo con la dirección del intestino grueso). Cantidades de solución a introducir: Adulto: 7,5-10 cm, Niño: 5- 7,5 cm, Bebé: 2,5-3,5 cm.

En caso de que al introducir la sonda note resistencia nunca hay que forzar la entrada. Habrá que indicarle al paciente que siga realizando respiraciones profundas para relajar el esfínter.

Una vez introducida la sonda rectal, habrá que abrir la llave de paso o despinzar el sistema irrigador para dejar que vaya saliendo la solución lentamente.

El irrigador se colocará unos 30-35 cm por encima del ano, de tal forma que la infusión se vaya realizando lentamente y de forma continua (vigilar la entrada para evitar la entrada rápida.) 2. Cuanta más altura del irrigador, más rapidez de infusión habrá

Consideraciones a tener en cuenta durante la irrigación:

Si el paciente refiere quejas de plenitud abdominal o incluso calambres intestinales, habrá que actuar cerrando rápidamente la llave de paso por lo menos 30 segundos o se puede bajar la altura del irrigador para que la infusión se realice de forma más lenta. Si hay síntomas de cuadro vagal, se detiene inmediatamente la irrigación. En caso de detenerse la entrada de líquido de forma brusca o desciende la velocidad, habrá que rotar la sonda por si pudiera haber algún resto fecal obstruyendo el orificio de la sonda rectal. Si al paciente que se le va a introducir el enema tiene incontinencia fecal, se valorará la posibilidad de introducir una sonda rectal con balón. Si padece de hemorroides en la zona externa, le recomendaremos al paciente que trate de hacer fuerza como para defecar, para facilitar la entrada de la sonda. Una vez irrigado todo el líquido, se cierra la llave de paso o se pinza para evitar las entradas de aire al intestino. Se retira la sonda rectal lentamente. Se le recomienda al paciente intentar retener el enema durante unos 10-15 min. Cambio de posición a decúbito supino, para ayudar a la retención. Recogida de todo el material empleado. Retirada de guantes y lavado minucioso de manos. Una vez que haya pasado el tiempo o cuando el paciente ya no pueda retener el enema más, se procede a ayudar al paciente a realizar la higiene, o se proporciona el material necesario para que realice la higiene de forma autónoma y se observará el aspecto de las heces. Cuando haya terminado el procedimiento hay que realizar un correcto registro del mismo, indicando la cantidad irrigada, el tiempo retenido, si ha sido efectivo o no, el aspecto de las heces (Cantidad, color, olor, consistencia) y si ha habido alguna complicación o incidencia durante la realización.

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.

El enema permite la evacuación de heces y/o gases o también puede ser empleado para administrar algún tipo de sustancia por vía rectal.

El responsable de la administración de un enema es el personal TCAE. Por tanto, deben tener los conocimientos suficientes tanto teóricos como prácticos para llevar a cabo la técnica de la mejor forma posible.

Existen 3 tipos de enemas: evacuatorio o de limpieza (el más frecuente), el enema carminativo o lavativa de Harris (eliminación de gases) y el enema de retención (administración de medicación).

Entre las contraindicaciones para la administración del enema: patología anorrectal (hemorroides, fisuras, abscesos...) o una intervención quirúrgica muy reciente en la zona perineal o abdominal y pacientes cardíacos. No se recomienda ante sospecha de apendicitis, peritonitis o cualquier tipo de patología a nivel abdominal.

Durante todo el procedimiento habrá que vigilar el estado del paciente, para actuar con rapidez ante cualquier tipo de incidencia.

Tras finalizar la técnica es imprescindible el registro en la historia del paciente el procedimiento realizado, la cantidad irrigada, el tiempo retenido, la efectividad del mismo y la consistencia de las heces.

Bibliografía.

UDS.2022. ANTOLOGIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA. PDF.

<https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/libro/LEN/973609a11604dfa288ca1dba5241310e-LC-LEN301%20FUNDAMENTOS%20DE%20ENFERMERIA%20III.pdf>

TCAE. 2021. Técnica de administración de enema por parte del TCAE. PAGINA WEB.

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/tecnica-de-administracion-de-enema-por-parte-del-tcae/#:~:text=Un%20enema%20es%20una%20soluci%C3%B3n%20%C3%ADquida%20y%20acuosa%20que%20es,tener%20fines%20terap%C3%A9uticos%20o%20diagn%C3%B3sticos.>

REVISTA MEDICA. 2021. LAVADO GÁSTRICO. PAGINA WEB.

<https://revistamedica.com/lavado-gastrico-indicaciones/#:~:text=El%20lavado%20g%C3%A1strico%20es%20una,boca%20hasta%20llegar%20al%20est%C3%B3mago.>

UNITECO. 2021. EL PAPEL DE LAS TÉCNICAS DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO ASISTENCIAL. PAGINA WEB.

<https://www.unitecoprofesional.es/blog/tecnicas-enfermeria-proceso-asistencial/#:~:text=Las%20t%C3%A9cnicas%20de%20enfermer%C3%ADa%20son,o%2C%20incluso%2C%20personas%20dependientes.>