



Ensayo

Nombre del Alumno: Fabiola Martínez Gamboa.

Nombre del tema: Técnicas especiales de enfermería.

Parcial: I

Nombre de la Materia: Fundamentos de enfermería III.

Nombre del profesor: MASS. María Del Carmen López Silba.

Nombre de la Licenciatura: Licenciatura en enfermería.

Cuatrimestre: 3° "B"

Lugar y Fecha de elaboración: Comitán de Domínguez Chiapas a 12 de junio del 2023.

TÉCNICAS ESPECIALES DE ENFERMERÍA

En la práctica clínica el significado y la naturaleza de los cuidados de enfermería son eclipsados por las distintas técnicas y actividades que desarrolla la enfermera asistencial. El propósito del estudio es comprender el significado de los cuidados de enfermería por las enfermeras en la clínica. Conocer como ensamblan las técnicas y los cuidados de enfermería. Es un estudio de investigación cualitativa desde la metodología de la Teoría Fundamentada.

Baño en cama

Definición: Es la limpieza del cuerpo con agua y jabón en la cama del usuario, cuando este está incapacitado para hacerlo por sí mismo o tiene indicación para guardar reposo.

Objetivos:

- Proporcionar comodidad y bienestar físico al usuario.
- eliminando sustancias de desecho de la piel.
- Observar la integridad cutánea y otros signos físicos relacionados con la salud del usuario.
- Favorecer la circulación periférica y la ejercitación de músculos y articulaciones.

Material y equipo:

Dos recipientes, uno con agua fría y otro con agua caliente, lavamanos o lebrillo, un recipiente para el agua sucia, jabonera con jabón, 1 o 2 toallas grandes, dos toallas faciales o paños, apósitos, torundas de algodón, camisón o pijama, aplicadores, un juego de ropa para la cama, guantes limpios, pinza, talco, loción o alcohol y un recipiente para la ropa sucia o una bolsa de plástico, cómodo.

Procedimiento de la técnica:

- Verificar que el equipo esté completo y trasladarlo a la unidad del usuario.
- Presentarse e identificar al usuario(a) y familia; informar del procedimiento, solicitar el consentimiento.
- Colocar ropa en la silla, según orden establecido de arriba hacia abajo: paño, bata, sábana inferior, ahulado sábana movable, cruzado sábana superior, cobija, colcha y funda.
- Ofrecer privacidad al usuario(a) por medio de biombo o cortina y/o cerrar la puerta.
- Mantener la higiene de manos y colocarse el equipo protector (bata y guantes).
- Aflojar y retirar las piezas de la ropa de cama una a una.
- Retirar la colcha, sujetándola por el borde superior; doblarla en 4 partes, colocarla en la silla si va a reutilizarla; si no, descartarla en el soporte para ropa sucia.

- Retirar la cobija de la misma forma.
- Aflojar la sábana superior y dejarla cubriendo al usuario(a).
- Valorar la condición general de salud y el estado de conciencia general del usuario(a) antes de iniciar el baño.
- Establecer comunicación terapéutica.
- Si el usuario se encuentra defecado, hacer la higiene genital; ofrecer el bidé u orinal antes de iniciar el baño. Retirar los guantes.
- Colocar al usuario(a) en posición semifowler o fowler.
- Ofrecer un vaso con agua, riñón, cepillo de dientes y pasta dental, si el usuario se encuentra en condiciones de realizar su higiene bucal; de lo contrario, esto será realizado por el personal de enfermería (el cepillo de dientes y la pasta dental pueden remplazarse por espátulas forradas con gasa, agua y aceite mineral).
- Ofrecer el desayuno y repetir la higiene oral.
- Retirar la almohada y colocar al usuario(a) en posición supina; si presenta dificultad respiratoria, dejarlo en posición semifowler. }
- Doblar la sábana superior hasta la cintura del usuario(a); retirar la camisa o bata y cubrirlo de nuevo con la sábana superior.
- Iniciar el baño limpiando los ojos de adentro hacia afuera con torundas de algodón humedecidas.
- Limpiar las fosas nasales con aplicadores, el pabellón auricular con torundas de algodón y terminar de limpiar la cara con el paño y luego secar.

Lavar la cabeza, en el siguiente orden:

- Colocar un ahulado con sábana movable debajo de los hombros y la cabeza.
- Sostener la cabeza con una mano y colocar la palangana debajo (según la condición de la persona).
- Verter agua (valorar la condición de la temperatura y las necesidades de la persona) sobre el cabello; aplicar pequeña cantidad de champú o sustituto y masajear hasta hacer espuma.
- Verter agua tibia sobre la cabeza cuantas veces sea necesario hasta retirar el shampoo o acondicionador.
- Retirar la palangana.
- Secar la cabeza y el cuello; retirar el ahulado y la sábana movable.
- Colocar al usuario(a) en posición cómoda.
- Cepillar el cabello en forma suave y lenta.
- Colocarse guantes.

- Con el pañito húmedo y con jabón, limpiar de la mano hasta la axila en forma rotatoria. Retirar el jabón de la misma forma y posteriormente ofrecer el paño para el secado de estas áreas siguiendo igual orden; ofrecer desodorante, talco o bicarbonato para las axilas, limpiar y cortar las uñas. Iniciar con el otro brazo.
- Con el pañito húmedo y con jabón, limpiar el cuello y tórax; dar atención a región sub mamaria de la mujer.
- Dejar el paño sobre el tórax y doblar la sábana hasta el pubis. Lavar el abdomen y limpiar el ombligo con aplicaciones, secar con el paño y cubrir con la sábana.
- Si la condición del usuario lo permite, ofrecer pañito, jabón y agua; de lo contrario, la enfermera debe realizar todo el procedimiento Voltrear al usuario para proceder a lavar la espalda y los glúteos con jabón y agua. Si el usuario está inconsciente o grave, voltearlo para el lado de la enfermera (o) que está realizando el baño.
- Secar la espalda y los glúteos; aprovechar que el usuario está de lado y hacer masaje con movimiento circular utilizando crema, dando énfasis a las prominencias óseas; realizar percusión para facilitar el drenaje de secreciones.
- Cubrir al usuario colocando camisa o bata. En caso de usuarios con venoclisis, poner la bata o camisa del lado que tiene vía endovenosa. Lo mismo se hará si el usuario tiene yeso o alguna lesión.
- Lave y secar la pierna y el muslo iniciando del tobillo hasta la ingle, con movimientos rotatorios. Hacer lo mismo con la otra pierna.
- Colocar los pies dentro de la palangana con agua, lavarlos dando énfasis a los espacios interdigitales, secar, cortar uñas y aplicar talco o crema.
- Hacer el aseo de genitales. Si el usuario coopera, permitir que se realice el aseo él mismo; de lo contrario, realizarle el aseo perineal.
- Hacer cama según técnica de cama (ver procedimiento, cama ocupada).
- Dejar al usuario cómodo.
- Dar cuidado posterior el equipo.
- Realizar nota de enfermería especificando: hecha, hora, condición de la piel y hallazgos encontrados, colaboración del usuario, nombre de la enfermera y número de licencia.

Lavado gástrico

Definición: lavado gástrico es **una técnica que permite lavar el interior del estómago, retirando el contenido que aún no ha sido absorbido por el organismo**. Así, este procedimiento se utiliza generalmente en casos de ingestión de sustancias tóxicas o irritantes para las cuales no existe antídoto.

Objetivos:

- El objetivo de este procedimiento es eliminar las sustancias tóxicas que se encuentran en la cavidad gástrica y que estén poniendo en riesgo la salud del paciente.
- permite lavar el interior del estómago, retirando el contenido que aún no ha sido absorbido por el organismo.
- Debe considerarse cuando la cantidad del tóxico ingerido en la hora previa sea potencialmente peligrosa para la vida.
- Intoxicación grave por sustancias no adsorbibles por carbón activado: ácido bórico, ácidos minerales, hidróxido sódico o potásico, arsénico, bromuro, carbonatos, cáusticos, cesio, cianuro, DDT, diltiazem, etanol y otros alcoholes, etilenglicol, hierro, ipecacuana, isopropanol, yoduros, litio, metales pesados, potasio, tobramicina, tolbutamida.
- Intoxicación por sustancias de liberación retardada o con cubierta entérica si han transcurrido más de 2 horas: AAS, sales de Fe, anticolinérgicos, tricíclicos, narcóticos y fenotiacinas.
- Ingesta de parches de medicación o de paquetes de drogas de abuso.

Material y equipo:

- Sonda nasogástrica: dependiendo de la edad del niño y de la sustancia ingerida se recomienda el uso de sondas de mayor grosor disponible (1Fr=0,33mm). Las más utilizadas son:
 - Sonda gástrica Levin de una única luz de 8-18Fr.
 - Sonda Faucher.
 - Lactantes: 20Fr
 - Niños/as < 12 años: 24-28Fr
 - Niños/as > 12 años: 30-40Fr
 - Sonda de doble luz de Salem de 5-20Fr.
- Gasas.
- Guantes.
- Lubricante hidrosoluble o, en su defecto, agua.
- Gafas protectoras (recomendable).
- Mascarilla quirúrgica.

- Jeringa de irrigación de 50 ml.
- Esparadrapo o apósitos específicos para fijación de SNG.
- Solución Salina isotónica templada.
- Batea y bolsa de residuos.
- Fonendoscopio.
- Equipo de aspiración, si es necesario.
- Pinza de clampaje.
- Bolsa colectora.

Procedimiento:

- colocar a paciente en decúbito lateral izquierdo con la cabeza a 10 o 15° más baja (en posición de Trendelenburg) ya que así, al estar la curvatura mayor del estómago en posición de declive y el píloro más alto que el cuerpo gástrico, se impide el vaciamiento del contenido hacia el duodeno.
- Medir la porción de la sonda que es necesario implantar en el paciente.
- Lubrificar bien la porción distal de la sonda con lubricante hidrosoluble o agua.
- Introducir de forma suave y sin forzar, por la cavidad nasal u oral, recomendándole al paciente, si es posible, que intente tragar. Para facilitar su paso hacia el esófago es conveniente colocar el cuello en ligera flexión ventral. Si aparece tos o dificultad respiratoria, retirar sonda porque podría haberse introducido en vía respiratoria.
- Una vez introducida hasta la medida que hemos estimado oportuna, confirmar la correcta colocación de la sonda. Para ello podemos insuflar aire a la vez que auscultamos en el epigastrio o retirar una pequeña cantidad de contenido gástrico y medir su pH mediante tiras reactivas obteniendo un $\text{pH} < 4$ para la correcta colocación de la sonda en estómago.
- Previo al inicio del lavado, aspirar el contenido gástrico para obtener una muestra y disminuir la distensión del estómago. Maniobra importante para evitar que el líquido introducido favorezca el paso del tóxico a través del píloro.
- Iniciar el lavado introduciendo la solución salina isotónica templada con ayuda de la jeringa de irrigación. La cantidad a introducir es de 10-15 ml/kg de solución, sin sobrepasar los 200 ml/ciclo en el niño mayor.
- Una vez que el líquido está dentro, masajear suavemente el epigastrio y el hipocondrio izquierdo.
- Después de 2-3 minutos en el estómago, evacuar el líquido introducido mediante aspiración con la jeringa o bajando la sonda por debajo del estómago (método de sifón) permitiendo el drenaje del contenido por gravedad a una bolsa colectora. La cantidad evacuada debe ser aproximadamente igual a la instilada.

Succión gástrica

Definición: Es la introducción de una sonda por uno de los orificios nasales hasta la cavidad gástrica. La succión gástrica se utiliza para vaciar el contenido del estómago, para realizar un análisis o para extraer elementos irritantes tales como venenos, sustancias tóxicas y otros.

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 bronca aspiración en usuario(a) con disminución de conciencia. } Contribuir a establecer el diagnóstico de salud.

Procedimiento:

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).
- Verificar el funcionamiento del equipo de succión.
- Regular la presión del aspirador entre 80 y 100 mmHg en forma intermitente.
- 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).
- 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 xifoideas. 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.

Enemas

Definición: Es la introducción de un catéter rectal a través del esfínter anal hasta el recto e introducir líquidos en forma lenta de por vía rectal, para favorecer la evacuación de heces del intestino o complementar tratamientos.

Objetivos:

- Favorecer la eliminación de gases y materia fecal.
- Favorecer la limpieza del intestino.
- Desintoxicar el organismo.
- Disminuir la distensión abdominal.
- Complementar tratamientos.
- Suministrar tratamientos o medios de diagnóstico.

Procedimiento:

Verificar la indicación en el expediente de salud.

- 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.
 - 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 móvil, dejando descubierto la zona anal.
- Colocar ahulado y sábana móvil 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.
 - 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.
 - Colocar el bidé al usuario(a).
 - Colocar el equipo en la parte inferior del carro y trasladarlo al cuarto séptico.
 - Dar cuidado posteriormente al equipo.
 - Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecido

Tipos de enema:

ENEMA DE RETENCIÓN

Definición: Es la introducción lenta por vía rectal de solución medicamentosa o diagnóstica para ser retenido o absorbido.

Objetivos:

- Administrar medicamentos para efectos locales o generales.
- Administrar sustancias con fines de diagnóstico.

ENEMA POR COLOSTOMÍA

Definición: Es el procedimiento por el cual se introduce líquido en el colon a través de la estoma intestinal.

Objetivos.

- Administrar algún medicamento.
- Facilitar la limpieza intestinal.

Bibliografía

- ✚ Universidad de la sureste antología de fundamentos de enfermería.
<https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/libro/LEN/973609a11604dfa288ca1dba5241310e-LC-LEN301%20FUNDAMENTOS%20DE%20ENFE>
- ✚ Libro de fundamentos segunda edición Eva Reyes.