



UDRS

Mi Universidad

Nombre del Alumno: Dafne Paola Sánchez Aguilar

Nombre del tema: Tecnología del Cuidado

Parcial: II

Nombre de la Materia: Fundamentos de Enfermería III

Nombre del profesor: MASS. María del Carmen López Silba

Nombre de la Licenciatura: Licenciatura en Enfermería General

3er. Cuatrimestre

Comitán de Domínguez, Chiapas; 12 de junio de 2023

Introducción

Como bien se sabe el saber enfermero es un conocimiento práctico. El cuidado es específico, individual y contextual. En la relación del mundo académico y asistencial de Enfermería ha imperado la racionalidad técnica, aplicar habilidades técnicas para la resolución de problemas instrumentales, basados en el conocimiento científico, pero con carencia de racionalidad práctica reflexiva.

Es necesario comprender el significado e implicaciones de los cuidados de enfermería que le atribuyen las enfermeras asistenciales en su práctica clínica y, conocer cómo implementan las técnicas y actividades en los cuidados de enfermería, tomando en cuenta el diagnóstico y/o estado de salud del paciente.

Por lo anterior, el objetivo del presente ensayo fue realizar un abordaje reflexivo sobre la necesidad de saber correctamente sobre las técnicas esenciales que aborda Enfermería, o en todo caso, con respecto a la mejoría del estado del paciente.

Técnicas especiales de enfermería

En enfermería las técnicas especiales son aquellos procedimientos o cuidados esenciales que realizan los profesionales de esta especialidad para asegurar que los pacientes superen o se mejoren ante una enfermedad. Además, estos cuidados permiten que los pacientes disfruten del mayor grado de bienestar y comodidad posibles durante su estancia en el centro de salud, clínica u hospital.

Para esto, una de las técnicas esenciales y/ indispensables se encuentran...

Lavado de manos clínico

Esta se define como la técnica que reduce el riesgo de contraer y transmitir microorganismos. De la cual este procedimiento dura como mínimo 1 minuto. Uno de sus objetivos principales es eliminar suciedad y microorganismos transeúntes de la piel.

Sus indicaciones son las siguientes:

- 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.

Antes de realizar la técnica es necesario verificar que las manos y antebrazos estén libres de anillos, pulseras, reloj y tener uñas cortas al borde de las yemas de los dedos y sin esmalte.

Procedimiento

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.

Para esto, también es importante conocer y saber los **5 momentos del lavado de manos**, que son:

1. Antes del contacto con el paciente. Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que usted tiene en las manos.
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.
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.

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.
5. Después del contacto con el entorno del paciente: Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de gérmenes dañinos del paciente.

Correctos para la administración de medicamentos

- Medicamento correcto.
- Paciente correcto.
- Dosis correcta.
- Hora correcta.
- Vía de administración.
- Preparar usted mismo el medicamento.
- Administrar usted mismo el medicamento.
- Tener responsabilidad de la administración.

Administración de medicamentos por vía oral.

Se considera que la manera más fácil y conveniente de administrar medicamentos es por vía oral. Los pacientes generalmente pueden ingerir o autoadministrarse medicamentos orales con problemas mínimos. Los alimentos retrasan el vaciado gástrico, lo que reduce el efecto terapéutico de los medicamentos orales. Por lo tanto, la mayoría de los medicamentos orales funcionan mejor cuando se toman de 30 minutos a una hora antes de una comida. Sin embargo, algunos medicamentos deben tomarse con alimentos. Algunas situaciones contraindican que el paciente reciba medicamentos por vía oral.

La postura adecuada es esencial para prevenir la aspiración. Si el paciente no tiene contraindicaciones para la enfermedad, la enfermera debe sentar al paciente en un ángulo de 90 grados mientras administra la medicación oral. La succión generalmente se reduce si el paciente inclina ligeramente la cabeza y la barbilla hacia abajo.

Se requieren consideraciones especiales cuando se administra a pacientes que utilizan sondas de alimentación enteral o de pequeño diámetro. El incumplimiento de las recomendaciones actuales basadas en la evidencia puede provocar la oclusión del tubo, una reducción de la eficacia del fármaco y un mayor riesgo de toxicidad del fármaco. Antes de administrar un medicamento por esa vía, hay que verificar que el lugar de la sonda es compatible con la absorción del medicamento.

Administración de medicamentos por vía intradérmica.

Esta es una vía de administración que implica la inyección en la dermis. A menudo se usa para pruebas de susceptibilidad de medicamentos específicos o para aplicaciones de vacunas. Normalmente las inyecciones intradérmicas se utilizan para pruebas cutáneas. Las pruebas cutáneas requieren que la enfermera pueda ver claramente los puntos de inyección para ver si hay cambios de color e integridad del tejido. Los puntos intradérmicos tienen que estar ligeramente pigmentados, sin lesiones y relativamente sin vello. La parte interior del antebrazo y la parte superior de la espalda son los lugares ideales.

Procedimiento para la inyección por vía intradérmica

Materiales

- Jeringuilla de tuberculina o insulina.
- Vacuna o vial de penicilina o el medicamento que fuese.
- Torundas de algodón.
- Alcohol.
- Guantes.
- Canasta de papel.
- Esfero.

Procedimiento

- Explique el procedimiento al paciente, el propósito, el lugar de la inyección y cómo debe cooperar.
- Lávese las manos y póngase guantes desechables.
- Coloque al paciente y seleccione el área ventral del antebrazo, parte superior del tórax o parte superior de la espalda debajo de las escápulas.
- Limpie el sitio con torunda de algodón con alcohol en movimiento circular moviéndose hacia afuera. Permita que la piel se seque. Mantenga el algodón en la bandeja limpia para volver a utilizarlo cuando saque la aguja.
- Retire la tapa de la aguja con la mano no dominante tirando de ella hacia afuera.
- Use la mano no dominante para extender la piel y tensarla sobre el sitio de la inyección.
- Coloque la aguja casi plana contra la piel del paciente. Inserte un bisel de 1/8-pulgada arriba para que la aguja se pueda ver a través de la piel.
- Lentamente inyecte el medicamento (0.01 ml-0.1 ml) para ver si se desarrolla una ampolla / ampolla (la apariencia de la ampolla / pápula indica que la aguja está en el tejido intradérmico). Si no está presente, retire la aguja levemente e inyecte la medicación.
- Retire la aguja rápidamente en el mismo ángulo en que se insertó.
- No masajear el área.
- No reencapuchar la aguja. Desecharla la jeringa y la aguja en el receptáculo apropiado.
- Retire el guante y lávese las manos
- Dibuje un círculo usando una pluma azul / negra alrededor del sitio de inyección. Escriba la fecha y hora de administración del medicamento.
- Verifique la reacción dentro de los 15-20 minutos.

Administración de medicamentos por vía subcutánea.

Esta es una vía parenteral que implica la aplicación del producto farmacéutico al tejido adiposo o subcutáneo. Es una ruta de absorción lenta y es la ruta preferida para el tratamiento frecuente, el tratamiento a largo plazo o la autoadministración.

Los fármacos administrados por vía subcutánea son aquellos que requieren una absorción lenta y sostenida, como la insulina y la heparina de bajo peso molecular. El fármaco se inyecta en el tejido subcutáneo, donde el flujo sanguíneo es lento, por lo que la absorción es más lenta y uniforme que por vía intramuscular.

Volumen que puede recibir

Las inyecciones subcutáneas se limitan generalmente a 1 ml debido a las preocupaciones del dolor de la inyección por el volumen, la viscosidad y las características de la formulación. En ningún caso serían más altas que 2.5 mL os volúmenes de inyección SC mayores de 2 mL están asociados con varios problemas, incluido el dolor de inyección, eventos adversos en el sitio de inyección, y fuga del sitio de inyección (es decir, reflujo de inyección solución). Sin embargo, hasta donde sabemos, no hay estudios clínicos de control y evidencia real existen para apoyar esta suposición.

Sitios de inyección

Los sitios para inyecciones subcutáneas incluyen la parte superior de los brazos, el abdomen, las nalgas y los lados externos de muslo. Las áreas superiores externas de los brazos, ya sea el aspecto lateral o posterior, deben usarse con agujas cortas, 5-6 mm, para la inyección subcutánea realizando la técnica de “pinzamiento”. La absorción es más rápida en el abdomen y es más lento de los brazos, más lento aún en los muslos y más lento desde el área de la cadera y las nalgas.

Técnica de aplicación

- Primero se debe tener en cuenta que el calibre de la aguja Pellizco correcto, Pellizco incorrecto corresponda a 5-8mm.
- El ángulo de inyección recomendado para las inyecciones subcutáneas son 90°.
- Teniendo en cuenta que esto depende de la cantidad de tejido subcutáneo y el tamaño de la aguja.
- Es vital minimizar cualquier riesgo de que el músculo siendo penetrado durante la inyección. Esto puede evitarse en gran medida al "pinzar la piel" lejos de la capa muscular. Existen dos formas de aplicar una inyección subcutánea: Pinzando la piel o sin pinzar la piel. Si se decide pinzar la piel, debe hacerse con la técnica correcta.

Una mala técnica en la aplicación de la insulina puede provocar complicaciones tanto locales (lipohipertrofia, cicatrices) como sistémicas (alta variabilidad de la absorción y acción de la insulina, hipoglucemia o hiperglucemia inesperada, control subóptimo de la glucosa en general).

Administración de medicamentos vía intramuscular.

La inyección intramuscular es una técnica utilizada para administrar medicamentos profundamente en los músculos. Esto permite una rápida absorción del fármaco en el torrente sanguíneo debido a la vascularización del tejido.

Las inyecciones intramusculares se usan para administrar vacunas, hormonas, vitamina D, antibióticos y medicamentos antipsicóticos a largo plazo. Debido a su gran masa, los músculos de los glúteos son blancos frecuentes de inyecciones intramusculares en adultos y niños y pueden recibir grandes volúmenes de medicación.

En el caso de los niños menores de un año se suele utilizar el músculo vasto externo para colocar la inyección. La cantidad máxima de medicamento para una sola inyección es de 3

ml. En el caso de querer utilizar el músculo deltoides, este se recomienda para volúmenes pequeños de hasta 1 ml, aunque se puede administrar un volumen máximo de 2 ml en este.

Técnica en z

El método en Z evita la filtración de medicamentos irritantes inyectados en el músculo hacia los tejidos que se encuentran alrededor de este. La técnica en Z utiliza el desplazamiento lateral de las capas de la piel (colocando las yemas de los dedos presionando la piel del glúteo tirando hacia atrás y en esa área puncionar) para sellar eficazmente el fármaco en el músculo y evitar que este llegue a las capas superficiales de la piel.

Se debe aspirar cuando se inyecta en musculo para verificar que la punta de la aguja esté localizada en el sitio deseado y que no haya perforado accidentalmente un vaso sanguíneo.

En algunas ocasiones se han presentado ciertas complicaciones, como lo son: Lesión del nervio ciático en el caso de la inyección glútea, lesión de la rama anterior del nervio radial en el caso de la inyección en el deltoides, induración local, eritema, hematomas por punción de vasos sanguíneos, fibrosis del tejido circundante por aplicaciones de medicamentos en repetidas ocasiones y en el mismo sitio y aparición de inflamación infecciosa en la zona de punción.

Administración de medicamentos por vía intravenosa

Es la instilación de sustancias líquidas directamente al torrente sanguíneo a través de una vena, siendo esta, la vía con mayor rapidez.

Los propósitos de esta técnica es suministrar líquidos cuando los pacientes no pueden tomar líquidos por vía oral, proporcionar sales y otros electrolitos necesarios para mantener el desequilibrio electrolítico, proporcionar glucosa (dextrosa), el principal combustible para el metabolismo, proporcionar vitaminas y medicamentos solubles en agua y establecer una vía accesible para la administración de medicamentos.

La vía IV directa generalmente administra un pequeño volumen de líquido / medicamento (máximo 20 ml) que se introduce manualmente en el paciente intravenosos.

FORMAS DE ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA

Existen ciertas formas para la administración de medicamentos por vía intravenosa, las cuales se clasifican de acuerdo al tiempo de perfusión, volumen, y volumen plasmático alcanzado.

1. Administración intravenosa directa.

Los medicamentos administrados por vía IV directa se administran muy lentamente durante al menos 1 minuto. elimina el proceso de absorción y descomposición del fármaco al depositarlo directamente en la sangre.

2. Administración intravenosa en perfusión intermitente.

Tiempo de infusión de 15-20 minutos. Por lo general se utiliza en situaciones en las cuales el paciente solo debe administrarse el fármaco de acuerdo a ciertas horas, sin necesidad de tener conectado un fluido continuo.

3. Administración intravenosa en perfusión continua

Se utiliza cuando el volumen de fluidos a administrar supera los 250cc. El tiempo de infusión es igual o superior a 4 horas. Tiene como objetivo mantener un nivel plasmático del medicamento constante, o por tener una vía disponible para cualquier situación.

Procedimiento de administración de medicamentos intravenosos de forma directa

Materiales:

- Jeringuillas de 3-5-10-20cc.
- Medicamento prescrito.
- Solución salina 100cc.
- Torundas de algodón secas.
- Alcohol en atomizador.

- Canasta de papel.
- Torniquete.
- Guantes.

Procedimiento:

1. Lavado de manos y tener todos los materiales listos.
2. Explicación del procedimiento al paciente.
4. Preparación del medicamento.
5. Búsqueda de una vena en la fosa cubital: Aplicación de torniquete, apertura de la mano, golpecitos, calentar el área. Colocarse los guantes.
6. Insertar la aguja de la jeringuilla con el bisel hacia arriba y en 15 grados o menos. Halar el émbolo para observar el retorno de la sangre.
7. Una vez confirmado que está en vena, sostener con el dedo índice o pulgar de la mano no dominante la aguja e inyectar el medicamento lentamente con la mano dominante.
8. Si existen dudas de la permeabilidad de la punción se puede absorber más sangre para estar seguros, además se dice que la mezcla del medicamento con la sangre evita dolor.
9. Al terminarse la administración del medicamento, colocar una torunda con alcohol en el área de punción y retirar la aguja.
10. Solicitar al paciente que tenga flexionado el brazo por al menos 3 minutos. Retirar todos los materiales y lavarse las manos.

Baño al paciente hospitalizado

BAÑO EN REGADERA

Es la limpieza general del cuerpo con jabón y agua corriente. Tiene como objetivos eliminar las células muertas, secreciones, sudor y polvo, reanimar y favorecer el estado emotivo. permitir a la piel realizar sus funciones protectoras y proteger la apariencia exterior.

Para esta técnica se utiliza toallas (facial y de baño) jabonera con jabón, bata o pijama, sandalias de hule, guantes limpios, silla o banco y tapete de caucho (antiderrapante).

Intervención

1. Explicar el procedimiento y llevarlo al cuarto de baño.
2. Llevar el material y equipo al baño, colocar el tapete de caucho en el piso y sobre éste la silla o banco.
3. Abrir las llaves de agua fría y caliente para regular el flujo y la temperatura al agrado del paciente.
4. Ayudarlo a desvestirse y sentarse en la silla, en caso de que se requiera.
5. Permanecer cerca del baño para prestar ayuda, en caso necesario.
6. Al terminar el paciente de bañarse, ayudarlo a vestirse y trasladarlo a su unidad correspondiente.

BAÑO AL PACIENTE ENCAMADO

Es la limpieza general que se proporciona a un paciente en su cama, cuando no puede o no le está permitido bañarse en regadera o tina. Tiene como objetivo eliminar las células muertas, secreciones, sudor y polvo, favorecer la función circulatoria por medio de la movilización y el masaje, lograr comodidad y bienestar.

Para esta técnica se utiliza dos recipientes, uno con agua fría y otro con agua caliente; lavamanos o lebrillo; recipiente para agua sucia; jabonera con jabón; 1 o 2 toallas grandes;

dos toallas faciales o paños; apósitos, torundas de algodón; camisón o pijama; aplicadores; juego de ropa para cama; guantes limpios, pinza, talco, loción o alcohol y un recipiente para ropa sucia o bolsa de plástico, cómodo.

1. Preparar el equipo en el cuarto de trabajo.
2. Explicar el procedimiento y ofrecerle el cómodo u orinal.
3. Cerrar puerta, ventanas, cortinas o colocar un biombo si es necesario.
4. Retirar los utensilios de la mesa de noche y limpiarla con paño húmedo, al igual que la silla.
5. Trasladar el equipo a la unidad clínica (unidad del paciente), colocando los artículos para baño en la mesa de noche o mesa puente y sobre la silla, la ropa de cama en orden inverso al que se va a usar.
6. Aflojar la ropa de la cama, iniciando por la cabecera del lado contrario al que se encuentra el buró y retirar la ropa que lo cubre, excepto la sábana “móvil”.
7. Colocar una toalla sobre el tórax del paciente y realizar el cepillado bucal si es el caso, retirar y colocar la dentadura o prótesis dental.
8. Retirar la ropa al paciente (bata o pijama). Primero quitar la manga del brazo que está libre.
9. Colocarlo en posición de decúbito dorsal, retirar la almohada, y acercar la cabeza sobre el borde proximal superior de la cama.
10. Colocar una toalla sobre el tórax del paciente e introducir el cojín de Kelly por debajo de los hombros. Si no hay cojín, se improvisa con tela ahulada, cuyo borde superior se enrolla hacia adentro y el borde inferior, se introduce en la cubeta que estará colocada sobre una silla o en el banco de altura.
11. Indicar al paciente que coloque su cabeza sobre el cojín de Kelly o hule.
12. Proteger los conductos auditivos externos con torundas.

13. Verter agua templada con la jarra sobre el cabello y cabeza del Paciente.
14. Aplicar jabón o champú, friccionar con las yemas de los dedos la superficie del cuero cabelludo y frotar el cabello cuantas veces sea necesario.
15. Enjuagar de forma constante, dejando que el agua escurra a la cubeta por acción de la gravedad.
16. Retirar las torundas de los conductos auditivos. Envolver el cabello con una toalla y elevar la cabeza del paciente, retirando de manera simultánea el cojín o hule y depositarlo en la cubeta.
17. Afeitar la cara del paciente si es varón y proceder a lo siguiente:
 - Conservar la toalla en el tórax
 - Colocar jabón o espuma en las mejillas, parte superior del labio y mentón deslizar el rastrillo o la rasuradora al mismo tiempo de tensionar la piel y en dirección del crecimiento del vello.
 - Enjuagar y secar con la toalla
18. Colocar una toalla facial sobre el tórax y asear ojos con torundas húmedas, narinas y oídos con hisopos.
19. Con un paño húmedo lavar y enjuagar la cara iniciando por la frente, nariz, mejillas, mentón, cuello y pabellón auricular, primero del lado distal y luego del proximal (en forma de 8). Secar la cara con la toalla facial y aplicar loción o crema.
20. Colocar la toalla afelpada debajo del brazo distal y lavar, enjuagar, secar con movimientos giratorios la extremidad superior distal, iniciando con la mano hasta terminar con la axila. De preferencia el aseo de manos se realizará dentro del lavamanos o lebrillo, enjuagando al chorro de agua.
21. Limpiar los espacios subungueales y si es necesario cortar las uñas.
22. Lavar, enjuagar y secar la parte anterior del tórax y abdomen cubriéndole con una toalla y asear con hisopo la cicatriz umbilical. Colocar camión limpio sobre tórax y abdomen.

23. Lavar el brazo proximal en igual forma que el distal y terminar de colocar el camisón sin atarlo o abotonarlo por detrás.
24. Colocar al paciente en decúbito lateral contrario al que se está trabajando, extender una toalla sobre la cama a nivel de la espalda y región glútea. Asear la parte posterior del cuello, espalda y región glútea.
25. Secar muy bien la piel y dar masaje con loción, alcohol o talco según el caso, partiendo del centro de la columna vertebral a hombros y de la región coccígea hacia los glúteos.
26. Sujetar el camisón por la espalda o colocar el saco del pijama y regresar al paciente a decúbito dorsal.
27. Colocar la toalla por debajo de las extremidades inferiores para asearlas iniciando por la extremidad distal, pidiendo al paciente que flexione la rodilla para lavar, enjuagar, secar muslos y piernas.
28. Colocar un lavamanos con agua por debajo de las extremidades inferiores e introducir los pies del paciente para su aseo sosteniendo el pie del talón y enjuagar al chorro del agua; secarlos, cubrirlos con la toalla de forma simultánea al retiro del lavamanos o lebrillo.
29. Secar los pies haciendo ligera presión.
30. Secar espacios interdigitales y cortar uñas si es necesario.
31. Dar masaje a los pies siguiendo el sentido de la circulación venosa.
32. Realizar aseo de genitales: a pacientes varones, proporcionar un apósito para que se asee sus genitales si está en condiciones de hacerlo, o en caso contrario realizar el aseo utilizando guantes. Lavar las manos del paciente si éste realizó su aseo.
33. Si es paciente del sexo femenino, darle posición ginecológica, colocarle el cómodo, cuidando de proteger los muslos con sábana “móvil”. Indicarle que realice el aseo y lavarle las manos al concluir.
34. Colocar apósitos o gasas en pliegues inguinales si es necesario.

35. Colocarse guantes y hacer la limpieza de vulva con pinza, torundas, jabón líquido y agua a temperatura corporal, con movimientos de arriba hacia abajo y del centro a la periferia. Continuar con labios menores y vestíbulo perineal, y por último región anal; con movimientos circulares, enjuagar cuantas veces sea necesario (en caso de que la paciente no pueda realizarlo por sí misma)
36. Secar genitales en igual orden en que se asearon. Retirar la sábana móvil.
37. Colocar apósito, pantaletas o pantalón de pijama, según el caso y dejar cómodo al paciente.
38. Proceder al arreglo de la cama con el paciente.
39. Peinar y terminar su arreglo personal en caso de que el paciente no pueda hacerlo.
40. Retirar el equipo y dejarlo en condiciones de limpieza para usarse de nuevo.
41. Informar sobre observaciones hechas, reacciones del paciente y cuidados de enfermería proporcionados.

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.

Esta indicado para extraer sustancias tóxicas o venenos ingeridos accidentalmente del estómago, extraer medicamentos, ingeridas accidentalmente o por voluntad propia, en casos de sangrado gástrico para comprobar la presencia de sangre fresca dentro del estómago, antes de realizar una gastroscopia para limpiar el interior del estómago de sangre o alimentos, descomprimir por obstrucción intestinal el interior del estómago, tomar muestras de los jugos gástricos.

Para esta técnica se utiliza lubricante hidrosoluble, jeringa de 50 ml, fonendoscopio, guantes, gasas, paño o sábana y protectores. pinzas tipo Kocher para pinzar, jarra, bolsa o recipiente graduado para desechar el líquido del lavado extraído y restos tóxicos, solución líquida a introducir, preparar el sistema de aspiración por si existiese un broncoaspirado, cuña para bolsa para recolectar el derivado gástrico, sonda Faucher-Foucher.

Intervención

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.

Succión gástrica

La succión gástrica se utiliza para mantener vacío el estómago mediante la introducción de una sonda y aplicando algún tipo de aspiración. Por lo general se lleva a cabo en las siguientes circunstancias: Obstrucción intestinal. Íleo paralítico, en el período preoperatorio para una intervención gástrica o abdominal y en el período postoperatorio.

Para esta técnica se utiliza un carrito, guantes desechables, cubierta protectora para el paciente, recipiente para prótesis dentales, equipo para la limpieza de las fosas nasales si es necesario, sonda nasogástrica, lubricante, agua para dar sorbos, jeringa para la punta del catéter, papel tornasolado, tiras o papel indicador de pH, recipiente para el líquido aspirado, recipiente para los materiales desechables utilizados, cinta hipoalergénica, estetoscopio, bomba de succión, bolsa de drenaje o espita, gráfica para balance de líquidos.

El tamaño de la sonda que se escoja dependerá de la talla y la edad del paciente; los tamaños que más se utilizan en el adulto promedio son I4FG y I6FG.

Intervención

- Reunir y preparar el equipo y asegurarse de que está actuando satisfactoriamente para fomentar la seguridad y la eficiencia del procedimiento.
- Lavarse las manos para fomentar el control de las infecciones.
- Explicar el procedimiento de enfermería al paciente y asegurarse de que comprenda el procedimiento para obtener su consentimiento y cooperación. Alentar a los pacientes para que sean colaboradores activos en su cuidado.
- Explicar al paciente que hay un leve riesgo de hemorragia nasal durante el procedimiento.
- Asegurar la privacidad del paciente para mantener la dignidad y su sentido de individualidad.
- Ayudar al paciente a adoptar una posición cómoda y relajada en la medida de lo posible, para que se siente erguido e inclinado hacia delante, sea en la cama o en una silla, con objeto de facilitar la inserción del tubo.

- Observar al paciente durante toda esta actividad para detectar cualquier signo de malestar o ansiedad.
- Medir la distancia aproximada desde la nariz del paciente hasta su estómago y poner una marca en la sonda nasogástrica de manera que se pueda tener un indicio de cuándo el tubo se encuentra en la región del estómago.
- Ponerse los guantes.
- Retirar las prótesis dentales al paciente, si las lleva, y colocarlas en un recipiente marcado.
- Pedir al paciente que sople por la nariz y que aspire por cada fosa nasal a la vez, o que se limpie las fosas nasales si es necesario para facilitar la introducción de la sonda.
- Verificar si el paciente tiene algún defecto nasal, hipersensibilidad o antecedentes de un procedimiento quirúrgico nasal; cambiar a la otra fosa nasal si la primera parece estar bloqueada. No utilizar demasiada fuerza, ya que esto puede lesionar la mucosa nasal.
- Lubricar el tubo.
- Pedir al paciente que se relaje en la medida de lo posible mientras se introduce el tubo. Esto facilita la introducción de la sonda.
- Insertar la sonda y deslizarla con suavidad pero con firmeza hacia dentro y atrás a lo largo del suelo de la nariz hasta la nasofaringe.
- Pedir al paciente que trague y respire a través de la boca cuando el tubo llegue a la faringe, y que mantenga el mentón hacia abajo y la cabeza hacia delante, para poder ayudar a la introducción del tubo. Esto se realiza para tratar de superar el reflejo nauseoso de la faringe. La deglución ayuda al paso del tubo por el peristaltismo.
- Si la sonda se atora, girarla lentamente y avanzar en dirección hacia el oído, sin forzarla, o retraerla con suavidad y comenzar de nuevo. Pedir al paciente que abra la boca para tratar de que el tubo no se enrolle en la parte posterior de la garganta.
- Si el paciente comienza a toser, hay un cambio en su estado respiratorio o cianosis, retirar el tubo, ya que esto indica que se ha introducido en las vías respiratorias.
- Cuando el tubo ha llegado a la distancia marcada, confirmar, mediante una prueba, que se encuentra en el estómago.
- Fijar el tubo a la nariz con cinta una vez confirmada su ubicación en el estómago.

- Aspirar el contenido gástrico. El médico indicará succión continua o intermitente.
- Asegurarse de que el paciente se sienta lo más cómodo posible, para mantener la calidad de este procedimiento.
- Eliminar con seguridad el equipo para reducir cualquier riesgo sanitario.
- Documentar de forma apropiada este procedimiento de enfermería, vigilar los efectos secundarios y comunicar de inmediato cualquier dato anormal, proporcionando un registro escrito y ayudando a la implementación de cualquier medida necesaria en caso de que se advierta alguna anomalía o una reacción adversa al procedimiento.

Enema

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. 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.

Para esta técnica se utiliza: 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. Y material para el aseo posterior del paciente (esponjas jabonosas, toallas, palangana).

Intervenciones

- 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. ¹
- 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.). 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 de este, 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.

BIBLIOGRAFÍA

- Universidad del Sureste. 2023. Fundamentos de Enfermería III. PDF.
<https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/libro/LEN/973609a11604dfa288ca1dba5241310e-LC-LEN301%20FUNDAMENTOS%20DE%20ENFERMERIA%20III.pdf>