

# AD<sub>e</sub>N LEYNOFOR



**Necesidades de higiene en el recién nacido y adulto. Técnica de higiene del paciente encamado: total y parcial. Técnica de baño asistido (ducha y bañera). Atención en las necesidades de eliminación. Manejo de sondajes. Manejo de osteomias. Enemas: preparación y administración.**

**Definición de Higiene:** Conjunto de actividades que una persona realiza para mantener limpios la piel, el cabello, los dientes, las uñas, etc.

## 1. Objetivos de la higiene y el aseo

Los objetivos por los que se realiza la higiene son.

- Evitar la acumulación de secreciones y la proliferación bacteriana, que favorece la aparición de infecciones
- Observar cualquier signo que pueda ser orientativo de un problema de salud (piel, sistema musculoesquelético, conducta, etc.).
- Conservar la integridad de la piel para que pueda realizar adecuadamente sus funciones.
- Eliminar células descamadas y suciedad, y evitar el mal olor.
- Estimular la circulación sanguínea.
- Disminuir la temperatura corporal en casos de hipertermia.
- Contribuir a mantener o mejorar la autoestima del paciente.
- Mejorar su confort y bienestar.
- Favorecer la relación de ayuda, por la proximidad que requieren los procedimientos.

## 2. Actuación:

Para cualquiera de los procedimientos que se lleven a cabo es preciso tener en cuenta todas o algunas de las normas (según el procedimiento) que se exponen:

- Mantener una temperatura ambiente adecuada (**entre 22 y 24 °C**).
- **Comprobar la temperatura del agua que, salvo indicación contraria, estará entre 38 y 40° C.**
- Evitar las corrientes de aire.
- Preparar todo el equipo antes de comenzar, reuniendo lo necesario para el aseo, el paciente, la cama y el auxiliar de enfermería.
- Aislar al paciente del entorno, mediante un biombo fuera necesario.
- Utilizar jabones que no irriten la piel.
- En los pacientes varones, avisar al peluquero cuando sea necesario.
- En el paciente encamado, evitar tenerle totalmente desnudo, cubriéndole con una toalla o vistiéndole con el pijama o camisón, para respetar su pudor.
- No mojar la cama innecesariamente, protegerla colocando una toalla bajo el paciente y escurriendo bien la esponja.
- Favorecer la seguridad y movilización del paciente encamado realizando el aseo entre dos personas.
- Cuidar las vías y sistema terapéuticos del paciente durante el procedimiento para evitar desconexiones o reflujos.
- Seguir un orden, realizando sucesivamente, enjabonado, enjuagado, aclarado y secado.
- Estimular la colaboración del paciente durante la realización del aseo para favorecer su independencia.
- Aprovechar para dar un masaje en las zonas sometidas a presión (excepto si ya se inició una úlcera por presión), mejorando así el riego sanguíneo de la piel.
- Realizar el aseo tantas veces como sea necesario y al menos una vez al día, generalmente por la mañana, junto con el cambio de sábanas.

## 3. Procedimientos generales de aseo

El aseo se debe hacer a diario en pacientes hospitalizados para garantizar una higiene adecuada, proporcionando el material necesario y se estimulará al autocuidado.

Según las posibilidades de movilidad del paciente esta será:

### 3.1. Fuera de la cama:

Suelen realizarlo aquellos pacientes que pueden levantarse. La ducha tiene un efecto estimulante, mientras que el baño es más relajante.

Con ello se contribuye a conseguir las finalidades descritas y a mantener y estimular la independencia del paciente, así como a reforzar un hábito de autocuidado saludable. Deben cuidarse las medidas de seguridad y los apoyos materiales necesarios para determinados pacientes (ancianos y aquellos que tienen limitaciones de movilidad). Así, por ejemplo, se utilizarán alfombras antideslizantes, taburetes, barras de sujeción, asiento de ducha o bañera, grúa, etc.

La ducha tiene una duración menor y realiza una limpieza por «arrastre». Es un procedimiento muy cómodo cuando el paciente necesita de mucha ayuda o tiene un nivel de dependencia importante. En ambos casos, debe existir un timbre y el paciente no debe cerrar la puerta por dentro.

#### Material:

- Material para el aseo: jabón líquido, esponja o manopla, cepillo dental, dentífrico, vaso, peine, tijeras y colonia.
- Ropa de baño: una toalla para el cuerpo y otra para la cara.
- Ropa para el paciente: camisón o pijama, bata y zapatillas.
- Bolsa para la ropa sucia.

#### Técnica:

- En ducha:
  - Explicar al paciente el procedimiento que se va a realizar y recordarle las normas generales
  - Preparar el equipo necesario, colocándolo a su alcance.
  - Después de asegurarse de que tiene lo necesario a mano, se le ayudará a sentarse en un asiento de ducha (si lo precisa) y se le preparará la ducha con el agua a la temperatura adecuada.
  - Si el paciente no necesita ayuda, el auxiliar de enfermería puede realizar, entre tanto, otras tareas.
  - Al terminar, recoger el equipo, acompañar al paciente a la habitación y avisar al personal de limpieza para que limpie el cuarto de baño.
- En bañera:
  - Preparar el equipo y llenar la bañera con agua caliente, 38-40 grados (comprobando la temperatura con un termómetro de baño).
  - Explicar al paciente el procedimiento que se va a realizar y recordarle las normas generales.
  - La colaboración que preste el auxiliar de enfermería depende del grado de independencia del paciente. o Protegerse frente a lesiones por sobrecarga (utilización de grúas) y atender a la necesidad de seguridad física y psicológica que tenga el paciente.
  - Ayudar al paciente a desnudarse y entrar en la bañera.
  - Atender al paciente mientras realiza su aseo, observando su piel y otros aspectos.
  - Al finalizar ayudarlo a secarse, aplicarse crema hidratante, agua de colonia, a vestirse e instalarse de nuevo en su habitación.
  - Recoger el baño y avisar al servicio de limpieza.

- Anotar las observaciones, si las hubiera, en la hoja de evolución de enfermería o libro de observaciones, o comunicárselo a la enfermera.

### 3.2. Paciente encamado:

Para pacientes que deben permanecer en cama, la técnica se debe hacer al menos con 2 profesionales, por seguridad.

**Material:**

- Para el aseo; jabón líquido, manopla o esponja jabonosa, dos palanganas con agua caliente (entre 40 y 46º C), equipo de aseo bucal, peine o cepillo, tijeras de punta roma, agua de colonia (si lo desea el paciente), cuña y loción hidratante.
- Ropa de baño: dos toallas grandes o mantas de baño y una toalla pequeña.
- Ropa para el paciente: camisón o pijama, bata y zapatillas si se precisan.
- Ropa para la cama: bajera, entremetida o empapador de celulosa, encimera, colcha y almohadón.
- Bolsa de sucio para la ropa que se retire.
- Roja para el auxilia: guantes desechables y batas.

**Técnica:**

Dejará expuesta solo la zona que se esté lavando. En todas las zonas, excepto en los ojos y la cara, se empleará jabón. La secuencia del lavado será enjabonar una zona (con una pequeña cantidad de jabón), aclarar y secar bien, insistiendo en los pliegues cutáneos (axilas, ingles, debajo de las mamas, espacios interdigitales, pliegue intergluteo, etc.).

- Preparar el equipo y el agua a la temperatura apropiada. Aplicar las normas generales descritas.
- Lavarse las manos.
- Explicar al paciente el procedimiento, pidiendo su colaboración.
- Situar el equipo junto a la cama del paciente.
- Ponerse los guantes.
- Asegurarse de que la temperatura ambiente de la habitación es adecuada y que no hay corrientes de aire. Para proteger la intimidad del paciente, colocar un biombo.
- Ofrecer la cuña al paciente antes de empezar.
- Retirar la ropa que cubre la cama y colocar en su lugar una manta de baño. Si es necesario, se colocará otra debajo para proteger la cama de la humedad.
- Desnudar al paciente (estará en decúbito supino, si no hay contraindicaciones). Introducir la ropa sucia en una bolsa o saco que estará en el suelo, al pie de la cama, sin hacer maniobras bruscas.
- El lavado se hará en el siguiente orden:
  - Afeitado; en el caso de los varones, si puede, lo hacen ellos mismo. Si no, se avisa al peluquero (en algunas ocasiones lo realiza el auxiliar de enfermería).
  - Ojos (del ángulo interno al externo). o Cara y orejas.
  - Cuello y hombros.
  - Brazo, manos y axilas.
  - Tórax y mamas.
  - Abdomen.
  - Piernas y pies.
  - Espalda y nalgas.
  - Región genital, debe hacerse hacia abajo y de delante hacia atrás.
- Si el aseo lo realizan dos personas, una enjabona y aclara y la otra seca.
- Las manos y los pies pueden introducirse en la palangana para lavarlos cómodamente.

- Cambiar el agua las veces que sea necesario.
- Después de limpiar y secar la parte anterior del cuerpo se coloca al paciente en decúbito lateral para lavar adecuadamente la espalda y las nalgas. Una vez limpias y secas estas zonas, se aplica un masaje o unas frías con loción hidratante.
- Colocar de nuevo al paciente en decúbito supino para la limpieza de la región perineal.
- Para ello colocarle la cuña bajo la pelvis, pidiéndole que la eleve, mientras se apoya en los talones, con las rodillas flexionadas
- **Siguiendo la pauta general, limpiar desde lo más limpio a lo más sucio, el agua debe resbalar desde el pubis hasta el ano.**
- **Se lavará de arriba hacia abajo y de dentro hacia afuera**
- En la mujer se insistirá en los labios mayores y menores, separándolos para limpiar la hendidura vulvar y el ano.
- En el varón, después de limpiar los pliegues inguinales y el escroto, se retraerá el prepucio para limpiar el glande y el canal balanoprepucial, terminando con el ano.
- En ambos casos se insistirá en el secado de los pliegues cutáneos.
- Aplicar crema hidratante sobre la piel, a la vez que aprovechamos para masajear (espalda, piernas, etc.), excepto si hay indicios del comienzo de una úlcera por presión.
- Después de finalizar el lavado hay que vestir al paciente con el camisón o pijama.
  - Si tuviera una perfusión intravenosa, se introducirá en primer lugar la botella de suero y el brazo correspondiente.
  - Para retirárselo, se haría al revés: primero el brazo libre y después el otro.
- Colaborar en el aseo de boca y pelo, si el paciente puede hacerlo él mismo. De no ser así, el auxiliar de enfermería realizará esta actividad.
- Cambiar o rehacer la cama y acomodar al paciente.
- Recoger el equipo y ordenar la habitación.
- Lavarse las manos y después notificar a la enfermera cualquier dato anómalo que se hubiera detectado o anotarlo en el registro correspondiente.

## 4. Aseo parcial

Hacen referencia al aseo de zonas concretas del cuerpo, que puede hacerse a la vez que el general y diario o en las circunstancias en las que sea necesario.

### 4.1. Limpieza de la boca y los dientes

Se realiza para mantener una higiene apropiada y para evitar caries e infecciones o el agravamiento de otras lesiones al eliminar la placa bacteriana.

Se debe estimular al paciente para que lo haga por sí mismo.

El **objetivo de la limpieza dental es el arrastre mecánico de la placa**, que se consigue con el cepillo dental, el hilo, la seda o la cinta dental.

Los colutorios o soluciones de enjuague bucal completan la limpieza eliminando gérmenes por su efecto antiséptico, pero no se deben usar de forma sistemática, sino de forma terapéutica o dentro de determinados protocolos preventivos.

#### Material:

- Cepillo dental.
- Pasta dental.
- Vaso con agua.
- Antiséptico bucal.
- Vaso para la dentadura postiza (si se precisa).
- Gasas.

- Pinza de disección o de kocher para hacer torundas.
- Depresor lingual
- Palangana o batea.
- Vaselina.
- Toalla.
- Guantes para el auxiliar de enfermería.

**Técnica:**

- Preparar el equipo.
- Lavarse las manos.
- Explicar al paciente el procedimiento que se va a realizar, pidiendo su colaboración.
- Si el paciente está encamado, y no está contraindicado, se elevará la cabecera de la cama.
- Ponerse los guantes.

**A. Paciente consciente:**

- Si no puede lavárselos él sólo: cepillaremos los dientes, desde las encías hasta la corona, realizando un movimiento de barrido para eliminar los residuos.
- Debe limpiarse la cara externa, interna y oclusal de los dientes y muelas de ambas mandíbulas, así como la lengua.
- El ángulo entre el cepillo y el diente será de 45 grados
- Se facilitará un vaso con agua para el aclarado de la boca, recogiendo en la palangana o batea. Después se aclarará de nuevo con el antiséptico bucal.
- La cara oclusal se limpia colocando el cepillo sobre ella y realizando movimientos en dirección horizontal, de atrás hacia delante.
- Dudará 3 minutos al menos

**B. Paciente con dentadura postiza:**

- Se retirará con una gasa moviendo con suavidad la plaza superior (para romper “el vacío” que esta tiene), depositándola en la batea para su cepillado y aclarado posterior.
- La boca se limpia enjuagándola con antiséptico bucal o, si el paciente no puede, con una torunda impregnada en antiséptico.
- Después se le volverá a colocar en la cavidad bucal o se introducirá en un vaso con agua, suero o preparado comerciales hasta su utilización.

**C. Paciente in consciente:**

- **Colocarle la cabeza ladeada.** Preparar una torunda con una gasa y unas pinzas o una kocher. Mojarla con el antiséptico bucal sobre la batea, escurriendo el exceso de líquido con otra pinza. Limpiar toda la boca, repitiendo el proceso con varias torundas. En un paciente intubado, la higiene se realiza así o empleando una jeringa con solución antiséptica.
- Al terminar, se le secan los labios y se les aplica vaselina para mantener su hidratación y evitar grietas o fisuras.
- Recolocar al paciente y recoger el equipo empleado.
- Lavarse las manos y comunicar a la enfermera responsable lo observado para su anotación en el registro correspondiente.

## 4.2 Limpieza del cabello

El procedimiento que explicaremos será el que se realiza en cama:

**Material:**

- Champú.
- Cubo o palangana grande.
- Jarra con agua caliente.
- Dos toallas.
- Hule o plástico.
- Secador.
- Guantes.
- Peine o cepillo.

**Técnica:**

- Después de preparar el material y lavarse las manos, el auxiliar de enfermería informa al paciente de la técnica que se va a realizar, pidiendo su colaboración. Tendrá en cuenta las normas generales descritas.
- Colocar al paciente con la cabeza sobre la orilla de la cama, sin almohada apoyada sobre el hule (posición de **ROSER**), que se recoge alrededor de su cuello sujetándolo con una toalla enrollada a modo de collar.
- La parte distal del hule se introduce en el cubo o la palangana, formando un canal o embudo que facilita la recogida del agua.
- Mojar el pelo y aplicar una pequeña cantidad de champú, dar un masaje en el cuero cabelludo con las yemas de los dedos, frotando con el jabón toda su superficie.
- Enjuagar y repetir la operación.
- Secar con la toalla y retirar el equipo.
- Verificar que no queda humedad después de peinar y secar con el secador eléctrico o dejar pelo envuelto en una toalla.
- Recolocar al paciente, comprobando que no se ha mojado la ropa.
- El procedimiento termina con la recogida del material usado, el lavado de manos y la notificación a la enfermera responsable de los datos observados para su registro.

### 4.3. Pequeño aseo o lavado genital

La zona genital se lavar cuantas veces sea necesario a lo largo del día, se realiza según la técnica general de aseo en el paciente encamado.

**Se lavará de arriba hacia abajo y de dentro hacia afuera.**

Se estimulará al autocuidado, por lo que siempre que sea factible, se propondrá al paciente la posibilidad de realizarlo el mismo, proporcionándole el material necesario.

**Si el paciente lleva una sonda vesical, se lava primero esta con suero fisiológico, desde el meato hasta la zona distal, NO SE DESINFECTA CON ANTISÉPTICO.**

### 4.4. Aseo y cuidado de los pies y uñas

El cuidado de los pies se realiza no solo como objetivo de higiene sino también como objetivo de evitar aparición de heridas, llagas, grietas, etc.

**Técnica:**

- El aseo se realiza según la técnica general para el paciente encamado mediante inmersión de los pies en la palangana o bien con esponja mojada como el resto del cuerpo a pacientes que estén en cama;
- Después se secan escrupulosamente y se examinan las zonas aseadas.
- Se pueden emplearse arcos de cama, tablas para los pies, férulas antirrotación y almohadas o cojines que mantengan su posición correcta, para evitar complicaciones asociadas a la inmovilidad.

- Si hubiera que cortar las uñas, tras lavar los pies y manos, y una vez hayan estado en remojo se harán:
  - **Pies:** en rectángulo con los bordes por fuera de la piel.
  - **Manos:** en semicircular con los bordes por fuera de la piel.

#### 4.5. Cuidados del paciente con pie diabético:

El pie diabético se origina porque la irrigación de las arterias periféricas que irrigan al pie o las extremidades inferiores se ve complicada por el daño de los nervios periféricos e infección. Así, debido a la oclusión de las arterias que llevan sangre a los pies, se produce gangrena.

El paciente para detectar signo de pie diabético, puede sentir en las piernas o los pies:

- Hormigueos.
- Ardor en la planta de los pies.
- Manchas de color café.
- Sensación de calor en los pies o por el contrario, pies muy fríos.
- Dolor durante las noches (el roce de las sábanas puede resultar molesto).

**Los cuidados en el pie diabético son:**

- Inspección ocular
- Se palparán los pulsos y la sensibilidad de los pies.
- Higiene diaria, no exceder de 5 a 6 minutos, realizar un buen secado, prestando especial atención a la zona interdigital.
- Comprobar la temperatura del agua con un termómetro de baño o con el codo, ya que es frecuente que en los pies se pueda haber perdido la sensibilidad y no se perciba la temperatura real del agua.
- Los calcetines y medias deben ser de tejidos naturales y sin costuras. No deben utilizarse medias o calcetines sintéticos, con elásticos o gomas.
- No aplicar fuentes de calor (estufas, braseros...).
- No caminar nunca sin calzado. Utilizar zapatillas amplias en lugares como la playa o piscina.
- Utilizar calzado adecuado (ancho y blando).
- Evitar andar descalzo.
- No apurar el corte de las uñas, sino hacerlo de forma recta y limarlas suavemente. Las heridas deben lavarse con agua y jabón y seguir las recomendaciones.
- Las uñas se deben cortar rectas, con tijera roma, para evitar que se encarnen, sin apurar el corte ni erosionar los dedos.
- No se debe autotratarse durezas ni callosidades. Se acudirán al podólogo como mínimo una vez al año.

## 5. Higiene en el recién nacido

### 5.1. El baño

El baño generalmente es un momento gratificante tanto para el bebé como para los padres.

- Generalmente no se realiza nada más nacer, habiendo de esperar unas horas para evitar pérdidas de calor y sobretodo dejarle el verniz, crema natural protectora, al menos 24 horas.
- Es recomendable que el baño se realice de tres a cuatro veces por semana, eligiendo preferentemente la misma hora y a ser posible por la tarde-noche y antes de una toma. Nada más nacer se suele hacer por la mañana y le genera estrés, pasados unos días se mete en bañera y lo disfruta y relaja, por lo que se hace antes de dormir.
- No es necesario esperar a que el cordón se caiga para bañarle.



- Los primeros días no les suele gustar demasiado este momento, suelen llorar y ponerse colorados por lo que este debe durar apenas unos minutos. Posteriormente el niño se acostumbrará resultando un momento gratificante que además les relajará.
- El agua debe estar a una temperatura de 37-38 grados centígrados, y tan sólo es necesario llenar la bañera con 8 - 10 centímetros de agua de profundidad.
- La habitación debe estar a una temperatura de entre 24 y 26 o C.
- Es importante tener todo lo necesario preparado antes de desnudar al bebé: esponja, jabón neutro, crema hidratante o aceite, toalla, pañal, gasa para el ombligo, solución desinfectante, ropa, peine...
- La cabeza del bebé desnudo se colocará en el antebrazo de la mano no dominante, sujetando a la vez la axila del bebé y con la otra mano se le coge del culito.
- No siempre es necesario utilizar jabón para el agua.
- Una vez metido en la bañera con la mano dominante se comienza a lavar al bebé por la cara utilizando agua sin jabón, después continuaremos por los hombros, brazos, tórax, abdomen, piernas y cabeza (no precisa champú), terminando por la zona genital.
- Finalmente, se le aclara con la misma agua y se saca al bebé de la bañera de la misma manera que se introdujo.
- Posteriormente secamos bien la piel del recién nacido, haciendo especial hincapié en los pliegues cutáneos (cuello, axilas, ingles) para evitar irritaciones.
- A continuación, se le aplica crema hidratante o aceite y se puede aprovechar este momento para realizar un masaje.
- Mientras permanezca el cordón umbilical, se vigilará el proceso de cicatrización, la aparición de hemorragia o signos de infección en la zona. Se mantendrá limpio y seco, solo lavar con agua y jabón, a priori no se recomienda poner antiséptico, asegurarse que el pañal no lo cubra para no macerarlo.

## 5.2. Cuidados de los ojos

En caso de que el bebé tenga secreciones en los ojos, éstos se deben lavar con suero fisiológico y gasas estériles. Siempre utilizaremos una sola gasa para cada ojo con el fin de evitar infecciones cruzadas. Hemos de limpiar desde la zona interior del ojo (donde está el lagrimal) hacia la zona exterior con un solo movimiento.

## 5.3. Lavado nasal

El lavado de nariz se debe realizar con suero fisiológico, siempre que sea necesario y el bebé se encuentre molesto. Colocaremos al niño tumbado de lado o con la cabeza lateralizada y se le aplicarán unas gotitas de suero fisiológico, repitiendo la maniobra a ambos lados, luego le pondremos boca abajo para facilitarle la expulsión de secreciones. Esta maniobra le propiciará un ataque de tos y advertiremos gestos molestos en el niño, no por ello dejaremos de realizarla si este la precisa.

## 5.4. Cuidado de los oídos

No se recomienda utilizar bastoncillos. Es suficiente limpiarle tras el baño con la toalla o una gasa, sin olvidarnos de la parte trasera del pabellón auricular.

## 5.5 Genitales

- En las niñas el lavado se realizará desde delante hacia atrás, se han de separar bien los labios mayores y menores retirando con una gasa húmeda el exceso de secreciones, habituales en los primeros días de vida. Secaremos a toques y perfectamente para evitar irritaciones.
- En los niños se ha de limpiar y secar bien la zona prepucial así como la parte inferior de los testículos donde son frecuentes las irritaciones.

- Si es necesario, por irritación de los genitales, aplicar alguna crema protectora, hemos de procurar que no contenga medicación, siendo más adecuadas aquellas que en su composición poseen óxido de zinc. En el siguiente cambio de pañal hemos de procurar retirar totalmente los restos, nunca echaremos más sobre la anterior y solo recurriremos a estos productos cuando haya irritación perianal.

## 5.6 Cambio de pañal

- Las micciones de los recién nacidos son muy frecuentes y de pequeña cantidad. El cambio de pañal se debe realizar cuando el bebé lo necesite, revisando como mínimo en cada toma, antes o después de ella.
- Es importante que los primeros días se vigile el ritmo de deposiciones y micciones. Se pueden emplear de forma ocasional para limpiarle toallitas con crema, pero no de forma rutinaria ya que, si no se aclara el producto, puede contribuir a la irritación de la zona genital.
- El meconio es la primera deposición del recién nacido, posee un color negruzco y es muy pegajoso. En ocasiones es difícil de retirar cuando se queda seco, un truco consiste en aplicar en la toallita aceite de baño para que el meconio se “ablande”.

## 6. Atención en las necesidades de eliminación:

Para facilitar la eliminación de las heces y la orina de los pacientes encamados que no pueden levantarse, se emplean la cuna y la botella.

Son de uso personal y exclusivo del mismo paciente mientras dura su ingreso. Se deben lavar y desinfectar con lejía periódicamente. El aseo de la unidad del paciente suele contar con un lavacuña de pared.

La colocación de la cuña y la botella es una tarea que realizan uno o dos auxiliares de enfermería, en función de la movilidad del paciente.

### Técnica:

- Preparar el material necesario y lavarse las manos.
- Aislar la cama del paciente con el biombo.
- Explicar al paciente el procedimiento que se va a realizar, pidiendo su colaboración.
- Siempre que el paciente pueda utilizar el baño, aunque sea con ayuda del auxiliar, es conveniente que lo haga, pues le resultará menos desagradable.
- Ponerse los guantes.

### 6.1. Uso de la cuña:

- **Paciente colaborador:** Bastará con que el auxiliar de enfermería introduzca su brazo izquierdo bajo la cadera del paciente mientras este eleva la pelvis, haciendo fuerza sobre sus talones, para facilitar la colocación de la cuña. La parte plana y alargada de esta se sitúa bajo la región sacra del paciente y la parte cóncava se orienta hacia sus talones.
- **Paciente no colaborador:** Esta maniobra la realizarán dos auxiliares de enfermería, elevando la pelvis del paciente para permitir la entrada de la cuña. Puede también colocarse al paciente en decúbito lateral, dejar la cuña sobre la cama a la altura adecuada, y volver al paciente sobre ella en decúbito supino. Si no hay contraindicación, puede elevarse el cabecero del paciente para facilitar la eliminación.

### 6.2. Uso de la botella:

Si el paciente puede, se colocará él la botella; si no es así, el auxiliar introducirá el pene en la botella y observará la correcta colocación.

- Tapar al paciente con la ropa de la cama.

- Salir de la habitación o alejarse de la cama para proporcionarle mayor intimidad.
- Preguntar al cabo de unos minutos si terminó, y en ese caso facilitarle el papel higiénico para que se limpie o hacerlo en su lugar, con movimientos de delante hacia atrás.
- Retirar la cuña pidiendo al paciente que eleve ligeramente la cadera.
- Realizar el aseo genitoanal, si fuera preciso.
- Acomodar al paciente. Observar las excreciones.
- Vaciar la cuña o la botella en el retrete, si no hay contraindicación y lavarlos.
- Quitarse los guantes y lavarse las manos.
- Comunicar lo observado a la enfermera y anotar los datos en la historia de enfermería (gráfica de hospitalización) u otro documento específico.

## 7. Manejo de sondajes

### 7.1. Sonda vesical

El sondaje vesical consiste en la introducción de una sonda en la vejiga a través de la uretra. Puede ser permanente si el paciente permanece indefinidamente con el catéter y temporal, cuando permanece un tiempo concreto con la sonda e intermitente, si después de realizar el sondaje se retira la sonda. Son tubos de plástico, caucho o silicona, de consistencia rígida o blanda. El tamaño está calibrado en unidades Charriere (Ch) o French (Fr), que miden su circunferencia externa, siendo siempre una numeración par. Las más utilizadas son las del calibre 14, 16 y 18 Ch o Fr, aunque las medidas oscilan del 8 al 30 Ch o Fr.

#### 7.1.1. Según el material, pueden ser:

- **Látex:** Son blandas y maleables, de punta roma y multiperforada. Poseen un balón para su fijación vesical. Pueden ser de 2 ó 3 vías.
- **Silicona:** Son semirrígidas y transparentes. Pueden llevar estrías dispuestas en sentido longitudinal a lo largo 10 de toda la sonda, cuya misión es facilitar la eliminación de exudados uretrales que se forman cuando la sonda se mantiene mucho tiempo en la uretra. Tienen la ventaja que son más hipoalergénicas y que irritan menos la vejiga, por lo que se pueden mantener sin cambiar durante más tiempo. Pueden ser de 2 ó 3 vías.
- **Cloruro de polivinilo (PVC):** Es un material rígido y permite proporciones diámetro externo/interno óptimas para un drenaje adecuado. Es mejor tolerado que el látex y más barato que la silicona, aunque no es apto para el uso a largo plazo por la rápida incrustación en el meato uretral que presenta.

#### 7.1.2. Según sus características:

SONDAS VESICALES				
<b>Foley</b>	Látex o Silicona	Punta recta	2/3 luces	La más usada
<b>Couvelaire</b>	Silicona	Punta recta	3 luces	Hematuria y lavado
<b>Dofour</b>	Silicona	Punta acodada	3 luces	Hematuria macroscópica
<b>Mercier</b>	Silicona	Punta acodada y olivada	3 luces	En ángulo de 30/45º
<b>Tiemann</b>	Silicona	Punta acodada	2 luces	Pacientes prostáticos
<b>Malecot</b>	Látex	Punta fungiforme	1 luz	Cirugía de vesícula
<b>Pezzer</b>	Látex	Punta fungiforme	1 luz	Drenaje suprapúbico
<b>Folysil</b>	Silicona	Punta abierta		Meter una guía de referencia
<b>Robinson</b>	Silicona	Punta recta	1 luz	Sondaje intermitente

### 7.1.3. Indicaciones del sondaje vesical:

- Monitorización de la diuresis para controlar al paciente hemodinámicamente.
- Obtención de muestras de orina,
- Determinación de orina residual,
- Preparación del paciente para intervenciones quirúrgicas y determinadas pruebas diagnósticas, postoperatorio de algunas cirugías,
- Eliminar orina en caso de retención urinaria (realizar un vaciado intermitente para evitar la hematuria ex vacuo),
- Administración de fármacos y algunas terapias endovesicales,
- Realización de lavados vesicales, de vejiga neurógena. y en incontinencia urinaria (como último recurso), cuando existe incontinencia urinaria por rebosamiento o lesiones en la piel y la orina impide su reparación.

### 7.1.4. Las contraindicaciones de los sondajes son:

- La prostatitis aguda,
- La uretritis aguda,
- Abscesos periuretrales
- Sospecha de rotura uretral traumática.

### 7.1.5. Técnica:

- **Preparación del material:** Guantes estériles y no estériles, paño estéril fenestrado, antiséptico, sonda vesical (según calibre y material elegido), jeringa de 10 cc, lubricante urológico, agua bidestilada, bolsa colectora de orina (recomendado bolsa de sistema cerrado), y bolsa de residuos.
- **Preparación del paciente:** Informar al paciente antes de realizar la técnica y crear un ambiente de intimidad.

Colocar al paciente en decúbito supino con las piernas abiertas. Antes de comenzar con el procedimiento en sí, se deberá realizar una higiene genito-urinaria, desechando las gasas en cada limpieza. En el caso de las mujeres, abriendo la vulva y limpiando los pliegues de los labios y del meato con movimientos descendentes. En el caso de los hombres, retirando el prepucio y limpiando con movimientos circulares.

- **Técnica:** Es distinta en función de si es una mujer o un hombre.
  - En los hombres se debe sujetar con firmeza el pene con una mano y mientras con la otra, se va introduciendo la sonda vesical con movimientos precisos y sin forzar para no generar una falsa vía.
  - En las mujeres se debe localizar el meato urinario separando los labios e introduciendo la sonda a través de la uretra hasta la vejiga.

En el caso de sondaje temporal o permanente, cuando empiece a salir orina, en la mujer se debe progresar la sonda unos 5 cm más y en el hombre hasta la bifurcación en “Y”, para asegurarse que está en la vejiga y no en la uretra. En ese momento, inflar el globo con la cantidad indicada en la sonda (no usar suero fisiológico porque cristaliza), a continuación, se retira suavemente la sonda hasta notar una resistencia que nos indicará que estamos en el cuello vesical.

### 7.1.6. Cuidados de Enfermería:

- Lavado de manos antes y después de cada manipulación.
- Vigilar signos y síntomas de infección.
- Vigilar la aparición de posibles complicaciones.
- Colocar la bolsa colectora siempre por debajo del nivel de la vejiga y vigilar que el tubo del sistema colector no esté acodado.

- Observar regularmente la permeabilidad de la sonda.
- Ante la obstrucción de la sonda vesical, es recomendable realizar lavados vesicales manuales.
- Estimular la ingesta hídrica (excepto contraindicaciones).
- Evitar tirones que puedan provocar traumatismos o desconexiones accidentales.
- Limpieza de la zona periuretral, al menos dos veces al día, y siempre que sea necesario. Durante la higiene de la zona perineal, se debe manipular lo menos posible el catéter vesical, evitando introducir y sacar la sonda del meato urinario.
- En caso de sondaje prolongado, realizar educación sanitaria al paciente y a la familia para un correcto autocuidado. Utilizar, preferiblemente, sondas de silicona.
- Realizar los cambios periódicos de la sonda, al menos cada 20-30 días si es de látex y cada 90 días si es de silicona.
- Para la retirada de la sonda vesical, informar al paciente del procedimiento que vamos a realizar, aspirar el contenido del balón con una jeringa y extraer con suavidad la sonda, hasta la retirada completa. Hay que controlar la existencia de micción espontánea tras la retirada.

## 7.2. Lavado vesical

Técnica que se realiza con el fin de mantener la permeabilidad de la sonda y/o eliminar una obstrucción, ya sea por coágulos, sedimentos urinarios o detritus, mediante la infusión de suero fisiológico a través del catéter vesical.

**El lavado vesical puede ser continuo**, a través de una irrigación vesical permanente, o **intermitente** mediante un sistema cerrado o abierto.

### 7.2.1. Continuo

Es necesario una sonda de tres luces, la vejiga es irrigada continuamente por un sistema de irrigación cerrado sin alterar la esterilidad del sistema de drenaje, evitando el riesgo de entrada de bacterias en el tracto urinario. Este tipo de lavado vesical evita la obstrucción de la sonda por coágulos y está indicado en situaciones de **hematuria franca, tras cirugías de RTU prostática o vesical**, no se debe utilizar en las prostatectomías radicales, porque el aumento de la presión por la sonda vesical provocaría una dehiscencia de las suturas.

#### Técnica:

- La bolsa de irrigación tendrá que ir por encima de la vejiga del paciente.
- El ritmo de irrigación irá disminuyendo en función del aclaramiento de la orina.
- Cambiar la bolsa irrigadora antes de acabar para evitar la entrada de aire en la vejiga.
- Realizar un balance vesical para controlar la entrada del líquido de lavado y la salida del mismo mezclado con la orina. El balance debe ser positivo, es decir, debe de salir más líquido de lo que entra.
- Se deberá cambiar con técnica estéril el equipo de irrigación cada 48 horas.
- Cuando se suspenda la irrigación, se pondrá un tapón estéril especial para la sonda vesical en la luz de irrigación.



### 7.2.2. Intermitente

Sería suficiente con sonda de 2 luces, se conecta a la bolsa colectora y al equipo de goteo con una conexión en Y, de manera que se puedan alternar la irrigación y el vaciado de la vejiga. Se utilizan cuando no existen coágulos.

- **Técnica con sistema cerrado:**
  - Una vez colocada la sonda vesical, clampar con una pinza de plástico.
  - Montar el sistema de irrigación y purgar el sistema.
  - Utilizar guantes estériles y, con la ayuda de la auxiliar de enfermería, colocar un paño estéril bajo la conexión de la sonda y el sistema colector.
  - Desconectar la sonda de la bolsa colectora con la ayuda de gasas estériles y colocar el sistema en Y o una llave de tres pasos.
  - Desclampar la sonda y comprobar que sale la orina hacia la bolsa colectora.
  - Envolver las conexiones con paño estéril y mantenerlas siempre lo más asépticas posible.
  - Para irrigar la vejiga, cerrar el sistema de drenaje y para drenar la orina cerrar el sistema de irrigación.
- **Técnica con sistema abierto:**
  - Una vez colocada la sonda vesical, clampar con una pinza de plástico.
  - Utilizar guantes estériles y, con la ayuda de la auxiliar de enfermería, colocar un paño estéril bajo la conexión de la sonda y el sistema colector.
  - Cargar una jeringa con suero fisiológico mediante técnica aséptica.
  - Limpiar con unas gasas impregnadas en antiséptico la conexión de la sonda y la bolsa de recolección de orina.
  - Desconectar la sonda de la bolsa colectora con la ayuda de unas gasas y conectar la jeringa cargada con el suero.
  - Desclampar la sonda e introducir lentamente 40-50 cc de SSF.
  - Aspirar con suavidad el contenido vesical hasta conseguir, al menos, el volumen introducido previamente. El auxiliar volverá a pinzar la sonda y si es necesario, repetir el proceso hasta que el líquido salga claro o se resuelva la obstrucción.
  - Cuando salga un líquido claro, conectar de nuevo la bolsa colectora y fijar con esparadrapo al muslo.

## 7.3. sondaje digestivo

Estos procedimientos permiten la comunicación de las cavidades del aparato digestivo con el exterior y se pueden llevar a cabo mediante técnicas quirúrgicas y no quirúrgicas.

En ocasiones se les considera como cateterismos o drenajes en general, por la utilización de diferentes tipos de catéteres o sondas, o por la comunicación que establecen entre el exterior y el interior del organismo. Sus objetivos generales son permitir la evacuación o drenaje del contenido normal o patológico e introducir nutrientes y agua (debidamente preparados) y fármacos por vía enteral. En general su empleo es terapéutico, pero pueden utilizarse también para llegar a un diagnóstico (aspiración del contenido gástrico para su estudio).

### 7.3.1. Características generales de las sondas

Las sondas son tubos largos y huecos, de diferentes diámetros, que pueden ser rígidas, semirrígidas y flexibles. En su interior presentan una o más luces. El extremo distal tiene uno o más orificios y es el que queda dentro del aparato

digestivo del paciente; el extremo proximal puede ser de diferentes colores, es el que queda en el exterior y el que manipulamos al prestar los cuidados que el paciente requiere.

Cada tipo de sonda tiene distinto calibre, lo que se identifica de manera general por un número que equivale a las unidades French o unidades francesas.

### 7.3.2. Tipos de sondas

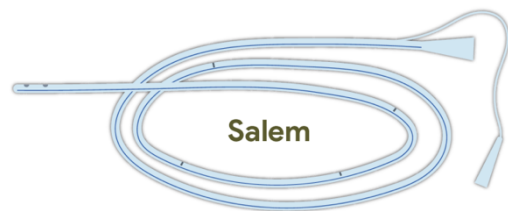
La elección de la sonda se hace en función del objetivo asistencial, la alimentación, los lavados, la administración de fármacos, la aspiración, el drenaje, etc., que se pretenda lograr y de las características fisiopatológicas del paciente.

Actualmente existe un tipo de conexión exclusiva para las sondas llamada ENFIT, para evitar que el sistema de nutrición se pueda conectar a una vía venosa, para evitar accidentes.

- **Sondas nasogástricas**

Se introducen a través de la nariz o la boca hasta el estómago. Estas sondas son de goma o plástico y suelen medir de 76 a 125 cm de longitud

- **Sonda de Levin:** Es la más empleada. Es un tubo flexible, de goma o plástico, de una sola luz interior. Cuenta con un único orificio proximal o exterior, que suele estar reforzado con una conexión de diferentes colores (naranja, verde), específica del calibre, con un orificio central en la zona distal, o de inserción de la sonda, y varios orificios laterales. Se suele emplear en nutrición enteral, en lavados, en drenaje y en la recogida de muestras del contenido gástrico. En nutrición enteral cada vez se usa menos, dado que se está sustituyendo por sondas más finas y flexibles, por resultar menos traumáticas.
- **Sonda de Salem:** Es una sonda nasogástrica de doble luz interior. Una de las luces permite la entrada de líquidos o la salida del contenido gástrico, y la otra (más fina) permite la entrada de aire para impedir que la sonda se pegue a la mucosa y la lesione. Se utiliza principalmente en el drenaje del contenido gástrico.
- **Sonda de Sengstaken-Blakemore:** Es una sonda de material flexible que consta de dos balones (esofágico y gástrico). La más frecuente dispone de tres luces o vías: una para el llenado del balón esofágico, otra para el llenado del balón gástrico y la tercera luz es el conducto principal de la sonda gástrica. Cada luz tiene su propio color y su identificación. El balón esofágico se llena con aire y tiene como misión comprimir las varices esofágicas. El balón gástrico se llena con aire o agua y permite comprimir las varices gástricas y mejorar el anclaje e inserción de la sonda. La luz que corresponde a la sonda gástrica es la mayor y permite eliminar o introducir sustancias del estómago. Se emplea en pacientes que sangran activamente por varices esofágicas o gástricas (lo que se determina por endoscopia). Puede introducirse a través de la boca o de la nariz. Para esta misma aplicación terapéutica puede emplearse también la sonda de **Linton-Nachlas**.
- **Nelaton:** sonda de una sola luz. Calibre de 8-20 F, longitud de 42 cm. Se usa para sondar a recién nacidos y bebés.



- **Faucher:** sonda de una sola luz, de gran calibre y poco flexible. Utilizada en intoxicaciones para realizar lavado gástrico.
- **Ewald:** sonda de una sola luz, utilizada para el lavado gástrico. Calibre muy grueso, 30-34F. Mide 170 cm. o Moss: sonda de tres luces. Porta un globo que ocluye el píloro. Una luz permite inflar el globo. Otra luz llega hasta el estómago y aspira contenido. La tercera luz queda en duodeno, por donde se administra nutrición.

- **Sondas nasoesentéricas**

Se introducen por la nariz hasta el intestino delgado (duodeno, yeyuno). Estas sondas son más largas, finas y flexibles que las nasogástricas, por lo que resultan menos irritantes. Suelen medir de 91 a 300 cm.

- **Sonda de Miller-Abbott:** Es una sonda de doble luz o doble abertura, que en el extremo distal tiene varios orificios y un globo, y en el extremo proximal dos aberturas (una para hinchar y deshinchar el globo, y la otra para realizar el drenaje de las secreciones intestinales). Suele emplearse para recoger muestras, hacer irrigaciones y para drenaje de secreciones.
- **Sonda Nutrisoft o Cantor:** Es una sonda de una luz, provista de un lastre en el extremo distal (para facilitar su introducción) y varios orificios, y de un fiador metálico que facilita su inserción. Es radioopaca, flexible y de pequeño calibre. Suele emplearse en nutrición enteral.

- **Sondajes de implantación Quirúrgica**

- Son los que se realizan mediante un procedimiento quirúrgico y permiten colocar la sonda en el tramo indicado del aparato digestivo.
- El objetivo general es aprovechar la máxima función posible del tubo digestivo hasta que el paciente pueda volver a comer, o de forma paliativa en pacientes terminales.
- Las indicaciones generales que llevan a realizar estos procedimientos son la existencia de obstrucciones, tumores u otras afecciones, o las intervenciones quirúrgicas.
- Suelen comunicar directamente la zona de inserción con el exterior, a través de la sonda.
- Algunas de las más empleadas son las de gastronomía (directamente en el estómago), duodenostomía (en el duodeno), yeyunostomía (en el yeyuno), esofagostomía (en el esófago), etc. Estas sondas se suturan a la piel para fijarlas.

- **Sondas rectales**

Se introducen a través del ano hasta el intestino grueso (recto y colon). Suelen medir 30 cm y son de látex o de plástico.

- **Sonda rectal:** Es un tubo más corto que las sondas anteriores, hueco y flexible o semirrígido, con un orificio distal grande y un único orificio proximal. Se emplea para la administración de enemas y para facilitar la evacuación de gases y de heces.
- **Sonda rectal permanente:** Sonda para dejar en pacientes durante 28 días, incorporan un balón distal y una luz para salida de las heces y otra luz para la administración de enemas

### 7.3.3. Técnica de sondaje nasogástrico

El procedimiento de sondaje nasogástrico lo realiza la enfermera, con la ayuda del auxiliar de enfermería.

Consiste en la introducción de una sonda, a través de las fosas nasales o de la cavidad bucal, hasta el estómago con los siguientes fines:

- **Alimentación:** consiste en la introducción, a través de la sonda, de líquidos hasta el estómago mediante una jeringa u otro sistema de infusión. Este procedimiento se alterna con lavados intermitentes.
- **Administrar medicación.**



- **Aspiración gástrica:** el objetivo es vaciar el contenido del estómago u obtener muestras, conectando la sonda a un aparato de aspiración intermitente o continua. Suele hacerse en situaciones de posoperatorio.
- **Irrigación y lavado de estómago:** la irrigación consiste en introducir lentamente una solución salina en la sonda (30 mL), mediante una jeringa, lo que permite comprobar su permeabilidad. En caso de lavado, se inyectan aproximadamente 500 ml. De solución de lavado o antídoto prescrito a través de la sonda, para limpiar o neutralizar el contenido gástrico. Puede hacerse tanto para situaciones de sangrado como de ingestión de sobredosis de fármacos.

### Material

- Guantes.
- Sonda digestiva del calibre adecuado (nasogástrica o nasoentérica). Si se trata de una sonda lastras y radioopaca (nasoentérica), requerirá control radiológico. o Lubricanteliposoluble.
- Vaso de agua.
- Jeringa de 50 a 100 ml.
- Batea.
- Bolsa colectora terminal o sistema de aspiración.
- Esparadrapo hipoalérgico.
- Fonendoscopio.
- Depresorlingual.
- Tapón de sellado

### Técnica

- Lavarse las manos.
- Explicar al paciente lo que se va a hacer, pidiéndole su colaboración. Es importante conseguir su colaboración, pues así será menos traumático el procedimiento.
- Colocar al paciente en posición Fowler alta si no hay contraindicación. o Retirar las prótesis dentales si las tuviera.
- Ponerse los guantes.
- Calcular aproximadamente la cantidad de la sonda necesaria para llegar al estómago. Se realiza midiendo desde la punta de la nariz al lóbulo de la oreja, y desde allí al apéndice xifoides del esternón (NOX). Generalmente, las sondas presentan marcas orientadoras a los 45 cm y 55 cm.
- Lubricar el extremo distal de la sonda y colocar al paciente con la cabeza en hiperteflexión para facilitar la introducción hacia la nasofaringe.
- Sujetar la sonda a unos 7,5 cm del extremo e introducirla en la fosa nasal con ayuda de la otra mano,
- empujando el tubo suavemente hacia adelante y hacia abajo, procurando evitar la lesión de los cometes por
- ser zonas muy vascularizadas.
- Coordinar la maniobra de introducción de la sonda con los movimientos de deglución del paciente; si éste
- colabora, darle pequeños sorbos de agua (ayudándose de una pajita); facilitará la progresión de la sonda.
- Si el paciente estuviera inconsciente, se ayuda la progresión con el laringoscopio y las pinzas de Magil. También puede ayudar flexionarle la cabeza hacia el pecho.
- Hacer avanzar la sonda al mismo tiempo que el paciente trata (son muy útiles los movimientos giratorios). Si se encuentra resistencia, tirar un poco del tubo e introducirlo cuidadosamente hacia abajo. Si en el nuevo intento la sonda continúa sin avanzar, será necesario consultar al médico.

- Comprobar la colocación de la sonda:
  - Colocar el extremo de la sonda en el interior de un vaso con agua y comprobar si burbujea. Esto indica su inserción en el aparato respiratorio.
  - Insuflar aire a través de la sonda y comprobar su entrada en el estómago mediante auscultación en el epigastrio al introducir 30 cm, aproximadamente de aire en embolada.
  - Aspirar con una jeringa una pequeña cantidad de contenido gástrico.
  - Radiografía de tórax. Es el método más seguro, aunque no se utiliza.
- Fijar la sonda con esparadrapo hipoalérgico para evitar lesiones (úlceras por presión en el ala de la nariz).
- Según la finalidad del sondaje, dejar la sonda tapada o conectada a una bolsa colectora o de aspiración, o al sistema de nutrición.
- Acomodar al paciente.
- Recoger todo el material y ordenar la habitación.
- Lavarse las manos.
- Registrar la realización de la técnica en la historia de enfermería.

#### 7.3.4. Técnica de sondaje nasointestinal

- Consiste en la introducción de una sonda nasointestinal en el intestino hasta el duodeno, el yeyuno o el ileon proximal, a través de las fosas nasales o la cavidad bucal. El material necesario es el descrito para el sondaje gástrico; se diferencia, tan solo, en el tipo de sonda que se utiliza, y en el control y seguimiento del proceso.
- El procedimiento de sondaje es como el nasogástrico hasta llegar al estómago. A partir de aquí, la gravedad y el peristaltismo facilitan su avance hasta el duodeno y el yeyuno. Antes de iniciar la pauta alimentaria indicada, se debe confirmar su localización correcta mediante radioscopia o radiografía.
- Este tipo de sondaje lo suele realizar el médico, con la colaboración del equipo de enfermería. Al retirar la sonda, si tiene lastre (de mercurio o tungsteno), se debe desechar en bolsa aparte para su eliminación apropiada, por tratarse de residuos que requieren una eliminación específica.

#### 7.3.5. Técnica de sondaje rectal

Consiste en la introducción de una sonda a través del recto, con fines terapéuticos para eliminar gases acumulados, drenar el contenido líquido o semilíquido y administrar enemas, a veces con fines diagnósticos.

##### **Material:**

- Guantes.
- Cuña.
- Toallas y papel higiénico.
- Sonda rectal.
- Lubricante hidrosoluble.
- Cinta adhesiva hipoalérgica. o Hule o protector.
- Bolsa colectora o enema.

##### **Técnica**

- Preparar el equipo y lavarse las manos.
- Explicar al paciente lo que se va a hacer, pidiéndole que se relaje y respire tranquila y profundamente, lo que facilitará el procedimiento al relajar el esfínter anal.

- Ponerse los guantes.
- Proteger la cama y colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo o Sims, con una pierna (la superior) ligeramente flexionada.
- Lubricar el extremo de la sonda.
- Con la mano izquierda (personas diestras) separar los glúteos del paciente y pedirle que inspire profundamente al tiempo que se introduce la sonda (de 7 a 10 cm) con movimientos circulares.
- Fijar la sonda al muslo del paciente con esparadrapo hipoalérgico.
- Poner el extremo exterior de la sonda en agua para comprobar si se forman burbujas por la eliminación del gas, en cuyo caso se conecta a una bolsa colectora de gases si está en su indicación. Si se ha insertado para introducir un enema, realizar esta técnica a continuación.
- Finalizado el procedimiento, retirar la sonda, recoger el material y realizar el lavado perineal, si se precisa.
- Ordenar la habitación y lavarse las manos.
- Registrar la técnica en la historia de enfermería. En el drenaje de contenido fecal su cantidad y características.

## 8. Manejo de ostomias

Se define la ostomía como el procedimiento o intervención quirúrgica mediante el cual se abre un orificio artificial (estoma) en la superficie abdominal externa, a fin de facilitar la eliminación del contenido intestinal

### 8.1. Clasificación:

En función del lugar anatómico del estoma se habla de faringostomía, esofagostomía, yeyunostomía, cistostomía, etc.

Las ostomías más frecuentes en el aparato digestivo son:

- **Colostomía ascendente:** se realiza sobre el colon ascendente del paciente por diverticulitis perforante, tumores
- inoperables del colon, traumatismos, etc. El paciente elimina heces acuosas o semisólidas de forma casi continua.
- **Colostomía transversa:** se hace sobre el colon transversal. Las indicaciones suelen ser las mismas que en el caso anterior, pero se usa con más frecuencia. Las heces suelen ser semisólidas.
- **Colostomía descendente o sigmoidea:** se practica sobre el colon descendente o sigmoideo. Esta indicado en caso de cáncer de este tramo digestivo o del recto, la diverticulitis crónica, los traumatismos, etc. Es la más común de todas y la más fácil de controlar. Las heces están formadas y presentan cierta consistencia.
- **Ileostomía:** se practica sobre el íleon, generalmente por colitis ulcerosa, cáncer, enfermedad de Crohn, etc. Es importante fijar con meticulosidad la bolsa para evitar lesiones en la piel por el drenaje enzimático del estoma.

### 8.2. Complicaciones posoperatorias precoces de los estomas:

Edema, necrosis, hemorragia y hematoma.

Complicaciones tardías: dermatitis periestomal y hernia.

### 8.3. Objetivos de los cuidados del estoma

- Regular el vaciamiento intestinal de gas, moco y heces para que el paciente pueda llevar una vida normal.
- Es necesario enseñar al paciente a habituarse a un horario de defecación, a respetar las medidas dietéticas y a administrarse sus enemas.
- Evitar el olor. Esto es muy importante para la aceptación del problema por el paciente. Se utilizan para ello bolsas con filtros de alta capacidad.
- Mantener la piel limpia y sin excoriaciones con compresas, agua tibia o jabón muy suave y secarla con una toalla o gasas, mediante toques suaves, intentando eliminar todo el jabón para evitar que se irrite la piel.
- Secar al aire. Si a pesar de todo apareciesen irritaciones, tratarlas con una pasta protectora o el medicamento prescrito por el médico.
- Además de las bolsas se emplean en estas situaciones, generalmente, placas o anillos protectores del estoma, que se adaptan meticulosamente a este para evitar complicaciones.

### 8.4. Cambio del apósito y de la bolsa de ostomía

Son procedimientos de higiene que previenen la aparición de infecciones y proporcionan comodidad al paciente. Pueden emplearse dispositivos, o bolsas de una sola pieza (desechables), que se aplican directamente sobre la piel. Sin embargo, los dispositivos más empleados son las bolsas de dos piezas. Pueden ser cerradas (sin orificio de salida) o abiertas (con cierre de pestana) y que llevan un anillo protector adhesivo con un disco en el que se fija la bolsa.

Si las heces son líquidas es preferible la bolsa abierta. Suelen contener productos (carbón activo) que disminuyen el mal olor. Pueden sujetarse con fajas o cinturones.

#### Material

- Guantes.
- Material para el aseo (agua tibia, jabón, toallas, palangana, solución antiséptica). o Material de curas. Bolsa de ostomía.
- Cinturón de sujeción de la bolsa, si se precisa.
- Bolsa de ropa sucia.



#### Técnica:

- Lavarse las manos y ponerse guantes.
- Explicar al paciente lo que se va a hacer, tratando de hacerle ver la necesidad de que aprenda a cuidar por sí mismo su estoma, estimulando los autocuidados.
- Respetar en todo momento la intimidad del paciente. Cubriéndole de forma que sólo aparezca expuesto el abdomen.
- Retirar la bolsa de ostomía sucia, siempre de arriba abajo (sujetando con una mano la piel) para evitar que se vierta el contenido. Observar el volumen y las características de las heces.
- Limpiar suavemente el estoma con agua y jabón neutro, en forma circular de dentro hacia afuera; retirar los residuos dejados en la bolsa de ostomía y secar bien la zona con suaves movimientos de presión, nunca de frotación. Puede emplearse también un secador o dejar secar al aire.
- Proteger la piel con pomada si está prescrita o emplear barreras de protección cutánea que se recortarán mostrando sólo el estoma y no la piel.
- Colocar la bolsa nueva, retirando el plástico protector del orificio; ahuecarla con el dedo para evitar que haga succión sobre el estoma y humedecerla con agua para conseguir una mayor adherencia.
- Retirar la cubierta protectora de la zona adherente y oprimir suavemente sobre la piel para facilitar la unión de ambas cubiertas (de esta forma se fijará mejor el microporo).
- Adaptar la bolsa alrededor del estómago, dejando un margen de unos 2-3 mm, a fin de evitar una posible estrangulación de la zona.
- Para que la bolsa esté correctamente colocada, su parte distal debe quedar en un plano horizontal al paciente. o Reordenar la cama e instalar cómodamente al paciente.
- Recoger y limpiar todo el equipo, desechando la bolsa de ostomía sucia.
- Lavarse las manos.
- Comunicar las observaciones y registrarlas en la historia de enfermería.

### 8.5. Irrigación por colostomía

Se define así al lavado del intestino a través del ano artificial, con el fin de controlar la incontinencia fecal, preparar al paciente para cirugía o radiología intestinal y evacuar las heces en caso de estreñimiento.

Es necesaria siempre la prescripción médica, pues en algunos casos puede estar contraindicada (como en las colostomías ascendentes, en niños, en pacientes con diarrea o en los que reciben radioterapia). Es el procedimiento de control de evacuación más satisfactorio.

En el cuidado del paciente ostomizado, el auxiliar de enfermería colaborará con la enfermera, en la realización de las diferentes técnicas, cuando esta solicite su ayuda, y participará en todos los cuidados integrales del paciente para favorecer su aceptación y adaptación a la nueva situación

## 9. Enemas: preparación y administración

Se define el enema como la introducción de una disolución en el recto o en la parte inferior del colon. El contenido es extraído o drenado por medios naturales o artificiales mediante estímulo del peristaltismo intestinal.

Pueden utilizarse para limpiar, extraer sólidos o gases de la parte inferior del intestino y administrar soluciones que deban ser retenidas. Según la finalidad con que se apliquen, los enemas pueden clasificarse en:

- **Enemas evacuadores o de limpieza:** son los enemas ordinarios. Consisten en administrar una solución que después de unos minutos es expulsada al exterior.

La solución puede ser jabonosa (desde 500-1500 ml con jabón neutro), o preparada comercialmente

- **Enemas de retención:** son aquellos en los que la solución introducida no debe evacuarse.
- **Lavativa de Harris o enema carminativo:** facilita la expulsión de los gases intestinales.

## 9.1. Enemas de limpieza

Son enemas evacuadores, sin retención, con los que se pretende favorecer el peristaltismo intestinal, provocando una evacuación rápida de las heces, los gases y otras sustancias. Las situaciones en las que con mayor frecuencia se utilizan estos enemas son:

- Pacientes con estreñimiento.
- Después de la extracción de un fecaloma.
- Antes de un parto de una intervención quirúrgica.
- Antes de un enema medicamentoso o baritado (opaco).
- Antes de una endoscopia, etc.

### Materiales

- Sonda recta.
- Solución de limpieza: agua templada y jabón neutro (aproximadamente, 5 ml de jabón neutro por 1000 ml de agua) o solución salina (dos cucharas de sal común en 1000 ml de agua). El volumen total varía desde 500 hasta 1500 ml.
- Sistema de irrigar (recipiente y tubo con llave y cánula).
- Guantes.
- Cuña.
- Hule o protector.
- Gastos y papel higiénico.
- Material de aseo.
- Pie de goteo o soporte del irrigador.
- Lubricante hidrosoluble.
- Termómetro de agua.

### Técnica

- Lavarse las manos.
- Explicar al paciente lo que se va a hacer, solicitándole su colaboración.
- Si el paciente está encamado, proteger la cama con un hule y colocarle en decúbito lateral izquierdo con la pierna derecha flexionada (posición de Sims), para favorecer la eliminación. Si puede levantarse, ponerlo de pie, con el troco ligeramente flexionado.
- Tener dispuesta la solución a unos 36º C, y el irrigador colocado en el soporte a unos 40-50 cm sobre el paciente.
- Lubricar la cánula del sistema (enema comercial) o con sondaje rectal, para la administración con irrigador.
- Extraer el aire del tubo antes de introducirlo en el recto, hasta que fluya líquido, abriendo la llave de paso.
- Introducir la cánula por el ano (15 cm) con suavidad, dirigiéndola primero en dirección al ombligo y después horizontalmente. Para ello, se separan los glúteos del paciente con una mano y se introduce el tubo con la otra. Mientras, se le pide al paciente que inspire profundamente y espire con lentitud.
- Administrar la solución, regulando su entrada mediante la pinza o llave incorporada al propio sistema. Si el enfermo siente molestias o dolor cólico, cerrar la entrada de la solución hasta que cesen las molestias, pidiéndole
- que respire con tranquilidad para después continuar el proceso con lentitud.

- Cuando se haya administrado toda la solución, cerrar el sistema y retirar suavemente la cánula.
- Pedir al paciente que se esfuerce por retener la solución al menos durante 5-10 minutos.
- Ponerle la cuña y ofrecerle papel higiénico.
- Después de la evacuación, recoger el material utilizado, asear al paciente y dejarle instalado cómodamente.
- Lavarse las manos.
- Comunicar las observaciones a la enfermera y anotar en la historia de enfermería, tanto la aplicación del enema como las características de la evacuación.

## 9.2. Enemas de limpieza comerciales

Existe en el comercio una gran variedad de enemas desechables, en los que las pautas a seguir, en cuanto a la técnica de administración, vienen indicadas por el fabricante. Están compuestos por soluciones hipertónicas, que producen distensión abdominal por la irritación de la mucosa y estimulan la urgencia por defecar.

Generalmente se coloca al paciente en decúbito lateral izquierdo (excepto contraindicaciones), con la pierna derecha flexionada, y se administra el enema mediante la aplicación directa de la cánula del preparado en el ano.

Hay que pedir al paciente que retenga la solución durante 10 minutos, aproximadamente. Después de la evacuación, se deben seguir las mismas pautas que en la administración del enema de limpieza.

## 9.3. Enemas de retención

Tanto la técnica de administración como las precauciones que se deben tener en cuenta son las mismas que en la administración del enema de limpieza. Sin embargo, es necesario tener presente que en este caso el paciente debe tratar de retener la sustancia o solución administrada durante unos 30 minutos o el tiempo prescrito para favorecer su finalidad, que generalmente es de carácter terapéutico.

### Tipos:

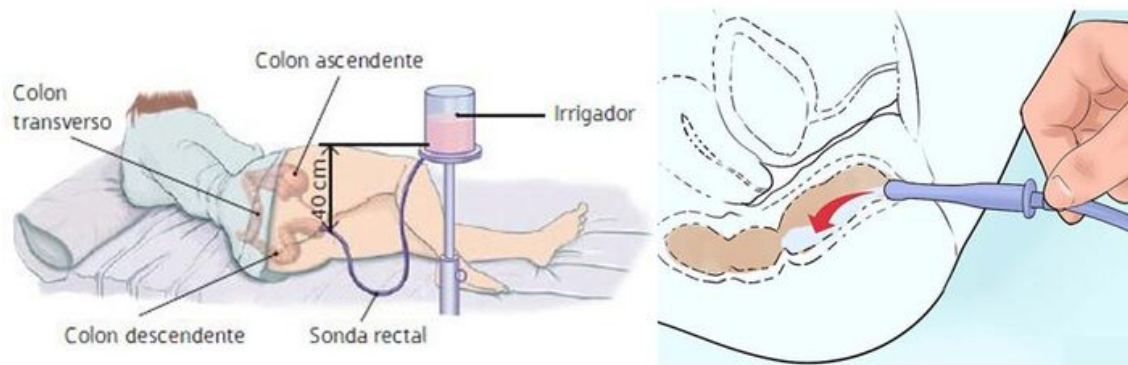
- **Enema de retención de aceite:** eficaz para lubricar la mucosa intestinal y reblandecer las heces.  
En adultos suelen administrarse de 150 a 200 ml de aceite de oliva templado a temperatura corporal. También ayuda a eliminar las sales de bario administradas para la realización de una radiografía de contraste.
- **Enema de medicación:** debe ser absorbido por la mucosa intestinal y puede tener un efecto local o sistémico. Así, podría aplicarse un enema de neomicina previo a una cirugía del colon, antihelmíntico, antiséptico, etc.
- **Enema opaco:** su finalidad es diagnóstica, pues permite, mediante la introducción de un enema baritado, visualizar el intestino grueso para su estudio radiológico. Suele ser un preparado comercial al que solo hay que añadir agua y templarlo a temperatura corporal.

## 9.4. Lavativa de Harris o enema carminativo:

Favorece la eliminación de gases de la parte inferior de colon y el recto, aliviando la distensión abdominal.

- **Composición:** Agua templada.

- **Cantidad:** 200 ml.



- **Técnica:** Se sube el irrigador unos 30 cm por encima del paciente y después se baja unos 20 cm por debajo del recto. Esta técnica se repetirá varias veces durante 15 - 30 minutos hasta que desaparezcan la flatulencia y la distensión abdominal.