

[Guía de Actuación Procedimientos de Enfermería]

[Capítulo IV: Relacionados con la eliminación del paciente].AUTORES:

DIRECTOR DE ENFERMERÍA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE. HOSPITAL GENERAL: Dr. D. Miguel Ángel Fernández Molina.

ENFERMERO Y GERENTE DE AULASALUD: D. Federico Juárez Granados.

SUPERVISORAS DEL HGUA:

Dña. M^aCarmen Gozalves Manzanera.

Dña. Nieves Izquierdo García.

Dña. Rosario Perales Pastor.

ENFERMERAS DEL HGUA:

D. Félix Avendaño Córcoles

Dña. Rosa del Pilar Berenguer Grau.

Dña. Trinidad del Castillo García.

Dra. Dña. Manuela Domingo Pozo.

Dña. Luisa Juan Baño.

Dña Rosa Ana Montoyo Antón.

Dña. Nieves Prieto Castelló.

Dña. Ana Isabel Sabater Sala.

MATRONAS HGUA. D.Francisco Javier Gómez Robles.

ADJUNTOS DE ENFERMERÍA DEL HGUA: D. Francisco Vicente Blanes Compañ y Dña. M^a José Muñoz Reig.

GRABACIONES REALIZADAS POR: AULASALUD, Formación, Desarrollo e Innovación S.L.



CAPÍTULO IV: PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA ELIMINACIÓN

4.1 MEDICIÓN Y CONTROL DE DIURESIS

DEFINICIÓN

Cuantificación y valoración de la cantidad de orina eliminada por el paciente en un período de tiempo determinado.

OBJETIVOS

- Cuantificar la cantidad de orina eliminada por el paciente
- Determinar las características físicas de la orina: color, olor, presencia de sangre u otros elementos anormales.

EQUIPO

- Soporte para la bolsa de orina
- Cuña o botella
- Recipiente graduado.

MATERIAL

- Guantes desechables
- Bolsa de orina
- Pañal-braga
- Registros de enfermería

PROCEDIMIENTO

- Informar al paciente sobre la necesidad del control de diuresis y explicarle que no realice micciones en el WC, sino que orine en la botella o cuña.
- Realizar higiene de manos.
- Preservar la intimidad del paciente
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Verter la orina en el recipiente graduado y medir.
- Observar color, olor y cantidad de orina.
- Desechar en el WC
- Recoger el material
- Retirar los guantes
- Realizar lavado de manos
- Registrar en la documentación de enfermería cantidad de orina, aspecto, olor, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

OBSERVACIONES

- En pacientes con sondaje vesical:

- Medir la diuresis cuando la bolsa de drenaje esté a 2/3 del total para evitar la tracción sobre el catéter por el peso de la bolsa (Nivel I)
- Observar directamente en la bolsa la cantidad de orina y vaciar la bolsa, utilizando la válvula de drenaje (Grado B)
- Anotar la cantidad de orina en la gráfica
- En niños que no controlan esfínteres se medirá la orina por el sistema de doble pesada: pesar pañal seco, pesar pañal mojado, restar el peso del pañal mojado al del pañal seco y anotar.

BIBLIOGRAFÍA

- Procedimientos. Área de enfermería. Servicio Andaluz de Salud. Consejería del Salud http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs2/nc/profesionales/area_de_enfermeria/manual_de_procedimientos_y_registros/procedimientos/
- Bibliografía general.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Criterios de evaluación	¿Consta?
	SI/NO
Registro del procedimiento: fecha y hora	
Registro en la gráfica de la cantidad de orina	
Registro de las características de la orina	

4.2. CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE DEPENDIENTE

4.2.1 MANEJO DEL ORINAL TIPO BOTELLA

DEFINICIÓN

Colocación y retirada de un dispositivo (botella) en el pene del paciente para depositar la orina cuando el paciente no puede hacer uso por sí mismo del WC, debido a limitaciones en la movilidad, enfermedades neurológicas, psiquiátricas, etc.

OBJETIVOS

- Facilitar la eliminación urinaria en el paciente varón dependiente.
- Educar al paciente y familia en el manejo del orinal tipo botella.
- Enseñar a enfermo hábitos higiénicos.

EQUIPO

- Botella
- Recipiente graduado
- Palangana
- Equipo higiene de los genitales

MATERIAL

- Material higiene de los genitales
- Empapador
- Detergente
- Lejía
- Guantes no estériles
- Papel higiénico
- Registros de enfermería

PROCEDIMIENTO

- Evaluar el nivel de autocuidado del paciente. Estimular al paciente según su estado de salud a usar el WC y a participar en el autocuidado. Involucrar a los cuidadores cuando sea necesario.
- Informar al paciente y familia sobre el procedimiento a realizar. (Grado C)
- Preparar el material.
- Realizar la higiene de manos.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Solicitar la colaboración del paciente y/o familia siempre que sea posible.
- Ayudar al paciente para que adopte una posición adecuada.
- Colocar empapador si el paciente está encamado
- Proporcionar la botella y, en caso de necesitar ayuda, colocar la botella entre las piernas del paciente e introducir el pene.
- Sujetar la botella hasta que realice la micción, si es necesario.
- Retirar la botella al finalizar la micción y trasladarla al sitio destinado para su limpieza.
- Facilitar el papel higiénico o ayudar en la limpieza de los genitales.
- Ayudar o proporcionar material para higiene de las manos.
- Dejar al paciente en una posición cómoda y adecuada, y verificar que la ropa de la cama está bien colocada y seca.
- Verter la orina en el recipiente graduado y medir, si precisa.
- Observar la cantidad y características de la orina.
- Desechar la orina en el WC.
- Realizar limpieza y desinfección de la botella.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar higiene de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería diuresis y características de la orina, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

OBSERVACIONES

- Los cuidados de la piel de la región del escroto y meato urinario es esencial para prevenir infecciones del tracto urinario, lesiones de la piel, promover la comodidad y seguridad del paciente.
- El uso regular de jabón y agua para limpiar la piel, puede secar la piel y aumentar su pH. Si se hace en exceso el jabón y el agua puede ser un factor en el deterioro de la epidermis, aumentando el riesgo de dermatitis perineal o infección secundaria. (Nivel IV).

- El nivel de movilidad y los niveles de seguridad para usar el baño son necesarios para tomar la decisión de usar el orinal tipo botella o el baño. (Nivel IV)
- A los pacientes que requieran ayuda para la eliminación se les debe garantizar: seguridad, privacidad y lenguaje respetuoso (Nivel IV)

BIBLIOGRAFÍA

- Procedimientos. Área de enfermería. Servicio Andaluz de Salud. Consejería del Salud http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs2/nc/profesionales/area_de_enfermeria/manual_de_procedimientos_y_registros/procedimientos/
- Bibliografía general.

4.2.2. MANEJO DEL ORINAL TIPO CUÑA

DEFINICIÓN

Colocación y retirada de un dispositivo (cuña) para que el paciente pueda llevar a cabo tanto la eliminación urinaria (en el caso de mujeres), como intestinal, cuando el paciente no puede hacer uso por sí mismo del inodoro, debido a limitaciones en la movilidad, enfermedades neurológicas, psiquiátricas, etc.

OBJETIVOS

- Facilitar la eliminación intestinal y urinaria (en mujeres) del paciente encamado.
- Educar al paciente y familia en el manejo de la cuña.

EQUIPO

- Recipiente graduado.
- Cuña.
- Palangana.
- Toallas.
- Equipo de higiene de genitales

MATERIAL

- Material higiene de los genitales
- Guantes no estériles.
- Papel higiénico.
- Detergente.
- Lejía.
- Empapador.
- Bolsa de residuos.
- Registros de enfermería.

PROCEDIMIENTO

- Evaluar el nivel para el autocuidado del paciente. Estimular al paciente según su estado de salud a usar el WC y a participar en el autocuidado. Involucrar a los cuidadores cuando sea necesario.
- Informar al paciente y familia sobre el procedimiento a realizar. (Grado C)
- Preparar el material.
- Realizar el lavado de manos.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Solicitar la colaboración del paciente y/o familia siempre que sea posible.
- Ofrecer la botella, si es un varón.
- Colocar la cuña:
 - **Paciente con movilidad:**
 - Colocar al paciente en decúbito supino, con la cabecera de la cama elevada.
 - Retirar la ropa de la cama.
 - Pedir al paciente que flexione las rodillas y eleve las caderas.
 - Introducir la cuña bajo los glúteos y asegurarse que está bien centrada.
 - **Paciente sin movilidad:**
 - Colocar la cama del paciente en posición horizontal.
 - Retirar la ropa de la cama.
 - Colocar al paciente en decúbito lateral.
 - Colocar la cuña bajo las nalgas, apoyando el lateral de ésta en la cama.
 - Girar al paciente sobre su espalda con la cuña colocada en las nalgas.
 - Comprobar que la cuña está bien centrada bajo el paciente.
 - Elevar la cabecera para su comodidad si no está contraindicado.
- Cubrir al paciente con la sábana superior.
- Proporcionar papel higiénico.
- Retirarse los guantes.
- Realizar higiene de manos.
- Dar tiempo necesario e informar al paciente que nos avise al finalizar.
- Colocarse los guantes desechables no estériles.
- Retirar la cuña y observar las características de la orina y/o deposición.
- Trasladar la cuña al sitio destinado para su limpieza.
- Ayudar en la higiene de los genitales, si es necesario.
- Ayudar o proporcionar los materiales necesarios para la higiene de manos.
- Cambiar el empapador si precisa y dejar la ropa de la cama bien colocada.
- Dejar al paciente en una posición cómoda.
- Verter la orina en un recipiente graduado y medir, si precisa.
- Desechar en el WC.
- Realizar limpieza y desinfección de la cuña.
- Recoger el material.
- Retirar los guantes.
- Realizar el lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería el procedimiento, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente, así como las características de la deposición y/o la diuresis.

OBSERVACIONES

- El cuidado perineal se define como los cuidados de la piel en la región entre la vulva y el ano en las mujeres y el escroto y ano en los hombres, esencial para prevenir infecciones del tracto urinario, lesiones de la piel, reducir la susceptibilidad a la ulceración por presiones, promover la comodidad y seguridad del paciente.
- El uso regular de jabón y agua para limpiar la piel, puede secar la piel y aumentar su pH. Si se hace en exceso el jabón y el agua puede ser un factor en el deterioro de la epidermis, aumentando el riesgo de dermatitis perineal o infección secundaria. (Nivel IV)
- El nivel de movilidad y los niveles de seguridad para usar el baño son necesarios para tomar la decisión de usar el orinal tipo botella o el baño. (Nivel IV)
- A los pacientes que requieran ayuda para la eliminación se les debe garantizar: seguridad, privacidad y lenguaje respetuoso (Nivel IV)

BIBLIOGRAFÍA

- Procedimientos. Área de enfermería. Servicio Andaluz de Salud. Consejería del Salud http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs2/nc/profesionales/area_de_enfermeria/manual_de_procedimientos_y_registros/procedimientos/
- Bibliografía general.

4.2.3. MANEJO DEL COLECTOR URINARIO (SONDA EXTERNA)

DEFINICIÓN

Colocación de un dispositivo externo (colector) en el pene del paciente con incontinencia urinaria que reconduce la orina a un recipiente (bolsa). El colector consiste en un capuchón similar a un preservativo que tiene en su extremo distal un conector para bolsa.

OBJETIVOS

- Facilitar la evacuación de la orina en pacientes incontinentes, pero que mantienen un vaciado vesical completo y espontáneo.
- Educar al paciente y familia en el manejo y cuidado del colector urinario.

EQUIPO

- Soporte para bolsa.
- Cuña o palangana
- Toallas

MATERIAL

- Compresas higiénicas, gasas.
- Pañal-braga.
- Guantes desechables no estériles.
- Bolsa ropa sucia.
- Esponja desechable con y sin jabón.

- Jabón neutro.
- Solución jabonosa y antiséptica.
- Bolsa orina.
- Bolsa para residuos.
- Empapador.
- Equipo colector: funda del tamaño adecuado y banda elástica adhesiva.
- Registros de enfermería.

PROCEDIMIENTO

- Informar al paciente sobre el procedimiento y solicitar su consentimiento.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Realizar higiene de manos.
- Preparar todo el material.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Colocar al paciente en decúbito supino con la cabecera elevada para su comodidad.
- Poner empapador en los glúteos del paciente.
- Retirar el pantalón del pijama.
- Realizar higiene de genitales. Secar el pene sin friccionar.
- Valorar el tamaño del colector urinario que necesita el paciente.
- Cubrir al paciente dejando expuesto los genitales.
- Verificar que la piel está seca y sin grasa (Grado A).
- Valorar la necesidad de recortar el vello del pene o eliminarlo.
- Colocar el colector urinario:
 - o Si el colector es demasiado largo recortar el material sobrante a nivel de la base del pene para que no se quede anillado, ya que podría causar lesiones por presión en el ángulo peno escrotal (Nivel IV)
 - o El área correspondiente al adhesivo es de 2-3 cm. por detrás del glande (Grado A).
 - o Debe quedar un espacio de al menos 2-2,5 cm. entre el glande y el final del colector. (Grado A)
 - o En colectores que se fijan a la base del pene con tiras adhesivas no montar la tira sobre sí misma para mantener un flujo sanguíneo adecuado (nunca utilizar esparadrapo de tela elástica para la sujeción).
 - o Retirar el vello del pene hacia la base.
 - o Sujetar el pene con la mano no dominante.
 - o Con la mano dominante extender la funda, que ya viene enrollada en el equipo, sobre el pene dirigiéndola hacia la base de éste, dejando aproximadamente 2,5 cm entre la punta del glande y el final de la funda.
- Conectar el sistema de bolsa de orina al colector.
- Colocar bolsa al soporte siempre por debajo de la vejiga. Si el paciente va a caminar fijarla a su pierna.
- Instruir al paciente y familia sobre el manejo del sistema.
- Colaborar con el paciente a vestirse.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Observar a los 30 minutos y después de cada turno, la eliminación urinaria, aspecto y coloración del pene para asegurar un correcto funcionamiento.
- Retirar y cambiar el colector cada 24 horas durante la realización de la higiene.

- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

OBSERVACIONES

- Los colectores se recomiendan en varones con grandes pérdidas de orina durante el día. (Grado D).
- No debe utilizarse durante largos periodos de tiempo ininterrumpidamente para evitar las lesiones en la piel.
- La complicación más común del uso del colector urinario es la lesión de la piel. (Nivel IV)
- El uso de colectores urinarios ofrece menor riesgo de bacteriuria, o infección asintomática del tracto urinario (ITU) en comparación con las sondas vesicales. (Nivel II)
- Valorar al paciente previamente para asegurarse que no presenta incontinencia por rebosamiento ni infección del tracto urinario (Nivel IV).
- Observar la piel del pene, incluido meato, para detectar fisuras, irritación, inflamación o cualquier lesión de la piel, que contraindiquen el uso del colector. (Nivel III-IV)
- Comprobar que no tiene alergia al látex para elegir un colector sin látex. Los colectores urinarios son de silicona, látex y material autoadhesivo.
- Vigilar posible retención urinaria, así como signo de infección.
- El cambio de bolsa se realizará con la frecuencia necesaria para que no se llene en exceso y pese demasiado.
- No está recomendado en pacientes con obstrucción crónica y se debe valorar más exhaustivamente en pacientes con neuropatías.
- Para reducir las complicaciones con el uso del colector urinario se debe:
 - o Evitar la constricción del pene por el anillo giratorio del condón, cinta adhesiva o cualquier otro dispositivo circunferencial. (Nivel IV)
 - o Evitar la acumulación de orina en el colector urinario (Nivel IV)
 - o Retirar el colector urinario en los intervalos especificados para realizar la higiene y cuidados de la piel del pene (Nivel IV)
 - o El riesgo de infección del tracto urinario aumenta, cuando el colector urinario se tira, se arranca, se tuerce o se manipula sin las debidas precauciones (Nivel IV)
 - o La colocación correcta reduce la incidencia de la maceración y ulceración resultantes del mal funcionamiento del sistema de drenaje (Nivel IV)

BIBLIOGRAFÍA

- Procedimientos. Área de enfermería. Servicio Andaluz de Salud. Consejería del Salud http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs2/nc/profesionales/area_de_enfermeria/manual_de_procedimientos_y_registros/procedimientos/
- Bibliografía general.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
Registro del procedimiento: fecha, hora y motivo	
Registrado cambio de colector cada 24 horas	
Ausencia de lesiones cutáneas en la zona perineal	
Bolsa de orina por debajo de la vejiga	

4.3. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON INCONTINENCIA

4.3.1 CUIDADOS EN LA INCONTINENCIA INTESTINAL

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades que realiza enfermería encaminadas a la estimulación de la continencia intestinal y el mantenimiento de la integridad de la piel perineal.

OBJETIVOS

- Implantar un programa de educación sanitaria para la disminución de la incontinencia intestinal.
- Mantener la integridad de la piel.
- Estimular y promover el autocuidado.
- Concienciar al paciente y familia que la incontinencia no es una enfermedad, sino un problema de salud.

EQUIPO

- Palangana o cuña.
- Toallas.

MATERIAL

- Compresas higiénicas.
- Gasas no estériles.
- Pañal-braga.
- Guantes no estériles.
- Bolsa ropa sucia.
- Esponja.
- Jabón neutro.
- Solución jabonosa y antiséptica.
- Registros de enfermería.

PROCEDIMIENTO

- Determinar la causa física o fisiológica de la incontinencia fecal.
- Explicar al paciente y familia la etiología del problema y la base de las actividades de enfermería.
- Determinar los objetivos del programa de manejo intestinal con el paciente y familia.
- Instruir al paciente y familia a que lleve un registro de defecación.
- Lavar la zona perineal con agua y jabón y secarla bien después de cada deposición.
- Mantener la cama y ropa de cama limpias.
- Llevar a cabo un programa de entrenamiento intestinal:
 - o Instruir al paciente acerca de los alimentos con alto contenido en fibra y vigilar su ingesta.
 - o Asegurar ingesta adecuada de líquidos, de 2 a 3 litros al día, si no hay contraindicación.
 - o Ingestión de bebidas calientes, inmediatamente antes de la hora habitual de defecación.
 - o Dedicar para la defecación un tiempo coherente sin interrupciones (de 30-40 minutos).
 - o Ir al inodoro a intervalos regulares.
 - o Disponer de intimidad.
 - o Evaluar el estado intestinal a intervalos regulares.
 - o Enseñar al paciente a inclinarse hacia delante al nivel de las caderas, a aplicar presión sobre el abdomen con las manos, y a hacer fuerza (presión) para defecar. Todo ello si el estado del paciente lo permite. Debe evitarse una tensión excesiva, ya que puede causar hemorroides.
- Vigilar si se produce evacuación intestinal adecuada.
- Controlar la dieta y la ingesta de líquidos.
- Utilizar bolsa rectal si fuese necesario.
- Colocar pañal, si precisa.
- Registrar en la documentación de enfermería las actividades realizadas.

BIBLIOGRAFÍA

- Bibliografía general.

4.3.2 CUIDADOS EN LA INCONTINENCIA URINARIA

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades que realiza enfermería encaminados a fomentar la continencia urinaria y a mantener la integridad de la piel perineal. La incontinencia urinaria es por su gravedad, frecuencia, repercusiones y magnitud un grave problema de salud; deteriora la calidad de vida, limita la autonomía personal y posee graves repercusiones psicológicas y sociales.

OBJETIVOS

- Implantar un programa de educación sanitaria para la disminución de la incontinencia urinaria.
- Mantener la integridad de la piel de la región perineal.
- Estimular y promover el autocuidado.
- Concienciar al paciente y familia que la incontinencia no es una enfermedad, sino un problema de salud.
- Favorecer el bienestar físico y psíquico del paciente.

EQUIPO

- Palangana o cuña.
- Toallas.

MATERIAL

- Absorbentes de incontinencia desechables.
- Gasas no estériles.
- Pañal-braga.
- Guantes no estériles.
- Bolsa ropa sucia.
- Esponja.
- Jabón neutro.
- Solución jabonosa y antiséptica.
- Registros de enfermería.

PROCEDIMIENTO

- Realizar la historia urinaria y de otros eventos de salud relacionados: historia urinaria, duración de la incontinencia urinaria, severidad, cantidad de escapes, nicturia, frecuencia de incontinencia diurna, presencia de infección urinaria, tratamientos previos, cirugía (Nivel I y III).
- Proporcionar intimidad para la evacuación.
- Explicar al paciente la etiología del problema y el fundamento de los cuidados a realizar.
- Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.
- Modificar la vestimenta para facilitar acceso al aseo.
- Ayudar a seleccionar absorbente de incontinencia desechable para el manejo a corto plazo.
- Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.
- Mostrar una respuesta positiva a cualquier disminución de los episodios de incontinencia (Grado C)
- Limitar la ingesta de productos irritantes para la vejiga (colas, café, té, chocolate).
- Limitar los líquidos durante las 2-3 horas anteriores a irse a la cama.
- Enseñar al paciente a registrar la producción y esquema urinario.
- Llevar a cabo un **programa de entrenamiento de la vejiga urinaria** (Grado A) para restablecer el patrón miccional normal, vaciando periódicamente la vejiga y tratando de corregir el hábito de orinar con frecuencia:
 - o Determinar la capacidad de reconocer la urgencia de eliminar.

- Mantener un registro de especificación de continencia durante 3 días para establecer el esquema de eliminación.
- Establecer un intervalo de tiempo inicial para ir al aseo, en función del esquema de eliminación. A esta técnica se le denomina vaciamiento programado (Grado C). El intervalo para ir al aseo debe ser:
 - Escapes > de 1 hora de intervalo debe programarse el vaciamiento cada hora.
 - Escapes <1 hora, vaciamiento cada 30 minutos.
- Proporcionar intimidad.
- Llevar al paciente al aseo, si precisa y es posible.
- Disminuir el intervalo de tiempo de ir al aseo en 30 minutos si se producen más de 3 episodios de incontinencia en 24 horas.
- Aumentar el intervalo de tiempo de ir al aseo en una hora si el paciente no tiene ningún episodio de incontinencia durante 3 días.
- Realizar los ejercicios de entrenamiento del suelo pélvico.
- Explicar al paciente la técnica del doble vaciamiento, que consiste en mantener al paciente de pie, si es varón, tras la micción y sentada, si es mujer, para animarle a que intente una nueva micción tras la ya realizada.
- Registrar en la documentación de enfermería los cuidados realizados, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

OBSERVACIONES

- La incontinencia urinaria es la incapacidad de controlar la pérdida de orina. La incontinencia de urgencia es la pérdida involuntaria de orina, causada por una contracción involuntaria del músculo de la vejiga, cuando la persona experimenta una necesidad imperiosa de orinar pero no puede llegar al baño a tiempo. La incontinencia de esfuerzo: es la pérdida involuntaria de orina frente a actividades como la tos o el estornudo, y puede presentarse cuando los músculos del suelo pelviano son débiles. La incontinencia mixta consiste en una combinación de pérdida por esfuerzo y urgencia.
- El entrenamiento de la vejiga alienta a las personas a prolongar el tiempo entre evacuaciones para tratar de recuperar la continencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Morilla Herrera JC. Guía de atención enfermera a pacientes con incontinencia urinaria. (monografía en Internet) ASANEC 2ª edición 2004. (citado en 12 octubre 2006). Disponible en <http://www.asanec.org/documentos/LIBRO-INCONTINENCIA-PDF.pdf>
- Guía de atención a pacientes con incontinencia urinaria. 3ª edición. Juan Carlos Morilla Herrera. Ed: Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC). Granada. 2007.
- Wallace SA, Roe B, Williams K, Palmer M. Entrenamiento de la vejiga para la incontinencia urinaria en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Bibliografía general.

4.3.3 REHABILITACIÓN DEL SUELO PÉLVICO

DEFINICIÓN

Ejercicios musculares que fortalecen la musculatura pélvica y mejoran el control de los esfínteres urinario y anal. Consiste en repetir contracciones de la musculatura del suelo pélvico.

OBJETIVOS

- Disminuir la incontinencia fecal y urinaria.
- Educar al paciente y familia sobre los ejercicios de rehabilitación de suelo pélvico.

MATERIAL

- Registros de Enfermería.

PROCEDIMIENTO

- Informar al paciente y explicarle los ejercicios.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Posición del paciente: sentado en una silla con los pies y las piernas bien apoyadas y las piernas ligeramente separadas apoyando los codos o antebrazos sobre los muslos, ya que de esta forma se evita contraer otros músculos como glúteos o abdominales mientras se realiza el ejercicio.
- Explicar al paciente qué músculos son los que debe contraer durante el ejercicio. Algunos ejemplos son útiles para que se haga una idea de cuál es la contracción que se espera realice:
 - o Indicarle que imagine que se le van a escapar gases y que apriete el esfínter del ano para evitarlo.
 - o Indicarle que imagine tener una pérdida menstrual y no llevar compresa. Y cómo apretaría la vagina para evitarlo.
 - o Indicarle que imagine que está orinando y que apriete para cortar el flujo de orina.
 - o La contracción de estos tres músculos a la vez es el movimiento que se pretende.
- Se recomiendan entre 30-45 contracciones diarias (10 segundos cada una). Puede realizarse de una vez o en dos o tres sesiones según preferencias. Se aconsejan 10 segundos de relajación tras cada contracción.
- Informar al paciente de que, una vez aprendido, puede realizar las contracciones en cualquier postura incluso mientras se realizan las tareas de la casa.
- Enseñar al paciente a contraer los músculos cuando tenga que realizar algún esfuerzo (toser, reír, estornudar o levantar peso).
- Proporcionar información escrita.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento realizado, fecha y hora.

OBSERVACIONES

- Estos ejercicios deben enseñarse durante el embarazo y el postparto inmediato (Nivel I)
- Los ejercicios de suelo pélvico deben ser propuestos a los pacientes con IU de esfuerzo o mixta como tratamiento de primera elección. Los programas de ejercicios deben ser enseñados a los pacientes para ser realizados por ellos. (Grado A)
- Los ejercicios de suelo pélvico pueden ser considerados como una parte del plan de tratamiento en pacientes con IU de urgencia. (Grado D)
- La valoración funcional de la musculatura pélvica mediante tacto anal o vaginal debe ser considerada prioritaria antes de iniciar cualquier programa de ejercicios. (Grado D)

BIBLIOGRAFÍA

- Guía de atención a pacientes con incontinencia urinaria. 3ª edición. Juan Carlos Morilla Herrera. Ed: Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC). Granada. 2007.
- Morilla Herrera JC. Guía de atención enfermera a pacientes con incontinencia urinaria. (monografía en Internet) ASANEC 2ª edición 2004. (citado en 12 octubre 2006). Disponible en <http://www.asanec.org/documentos/LIBRO-INCONTINENCIA-PDF.pdf>
- Bibliografía general.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Criterios de evaluación	¿Consta?
	SI/NO
El paciente recibe explicación sobre la ejecución de los ejercicios	
El paciente manifiesta haber entendido la ejecución de los ejercicios	

4.4. CONTROL DE HECES

DEFINICIÓN

Medición del patrón de evacuación intestinal del paciente.

OBJETIVOS

Valorar los hábitos de eliminación intestinal del paciente durante la hospitalización.

EQUIPO

- Equipo de higiene de los genitales.
- Equipo de manejo y colocación del orinal tipo cuña.

MATERIAL

- Material de higiene de los genitales.
- Material de manejo del orinal tipo cuña.
- Registros de enfermería.

PROCEDIMIENTO

- Realizar higiene de manos.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente y familia del procedimiento a realizar. (Grado C)
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Si el paciente es autónomo, preguntar sobre el patrón de eliminación fecal: cuándo defecó y las características de las heces.
- Si el paciente es dependiente: aplicar el procedimiento manejo del orinal tipo cuña. Realizar higiene de los genitales.
- Observar la cantidad, consistencia, aspecto y color de la deposición.
- Dejar al paciente en posición cómoda.
- Registrar en la documentación de enfermería: los cuidados realizados, motivo, patrón de evacuación, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

OBSERVACIONES

- Características de las heces normales:
 - o Color:
 - Adulto: marrón
 - Lactante: amarillo
 - o Consistencia: formada, blanda, semisólida, húmeda.
 - o Cantidad: depende de la dieta.
 - o Componentes: pequeñas cantidades de fibra sin digerir, células epiteliales y bacterias muertas, grasa, proteínas...

BIBLIOGRAFÍA

- Bibliografía general.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Criterios de evaluación	¿Consta?
	SI/NO
Registro del patrón de evacuación fecal diario	

4.5. FOMENTO DE LA ELIMINACIÓN FECAL

DEFINICIÓN

Conjunto de medidas que adopta la enfermera para prevenir y aliviar el estreñimiento.

OBJETIVOS

- Facilitar al paciente la evacuación intestinal diaria, con medidas higiénico-dietéticas.
- Mantener y restablecer el patrón normal de evacuación intestinal.
- Educar al paciente y familia en las medidas higiénico-dietéticas para fomentar la eliminación fecal.

EQUIPO

- Equipo de higiene de los genitales.
- Fonendoscopio.

MATERIAL

- Material de higiene de los genitales.
- Registros de enfermería.

PROCEDIMIENTO

- Informar al paciente y familia del procedimiento a realizar. (Grado C)
- Realizar la higiene de manos.
- Evaluar:
 - o Patrones de eliminación: frecuencia, cantidad, consistencia, color y presencia de sangre. (Nivel IV)
 - o La dieta, centrándose en la ingesta de líquidos y de fibra. (Nivel IV).
 - o La movilidad, nivel de actividad y el estado funcional. (Nivel IV).
 - o Aparición de signos y síntomas de estreñimiento: dolor abdominal y cólico u otros síntomas de estreñimiento en personas con deterioro cognitivo, como el ceño fruncido, mayores señales de inquietud, cambio de comportamiento e irritabilidad. (Nivel IV).
 - o Los medicamentos actuales que el paciente esté recibiendo. (Nivel IV).
 - o Capacidad funcional del paciente para moverse, comer, beber y habilidades cognitivas.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Realizar palpación abdominal.
- Comprobar movimientos intestinales a través de la auscultación del abdomen.
- Observar el esfínter rectal para valorar la presencia de hemorroides. (Nivel IV)
- Instruir al paciente en el uso correcto de los laxantes, si precisa. Administrar laxantes o enemas prescritos, si precisa.
- Extraer la impactación fecal manualmente, si precisa.
- Estimular al paciente a aumentar su actividad física o a realizar ejercicios pasivos, ya que la movilización aumenta el peristaltismo intestinal, estimula la función intestinal normal y mejora el apetito. (Nivel IV)
- Estimular al paciente a beber y/o administrar líquidos, aproximadamente 2 l. por día, si no está contraindicado por su situación clínica o prescripción facultativa. (Grado B)

- Administrar una dieta rica en fibra.
- Promover la defecación estimulando al paciente a sentarse en el inodoro, si fuera posible. Preservar la intimidad del paciente y proporcionar un ambiente tranquilo y sin prisas.
- Ayudar al paciente a realizar higiene de los genitales, si precisa.
- Dejar al paciente en posición cómoda.
- En caso de no ser efectivas estas medidas, comunicarlo al médico responsable del paciente.
- Registrar en la documentación de enfermería los cuidados realizados, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente, así como la evolución del estreñimiento.

OBSERVACIONES

- El estreñimiento es un problema común en las personas de edad avanzada.
- El estreñimiento se produce por una combinación de factores: (Nivel IV)
 - o Disminución de la actividad.
 - o Cambio en la dieta.
 - o Enfermedad crónica.
 - o Ingesta de múltiples medicamentos.
 - o Reacciones adversas a fármacos.
 - o Deshidratación.
 - o Tiempo para ir al baño.
 - o Edad.
- Hay medicamentos asociados al estreñimiento: opioides, antiinflamatorios no esteroideos, diuréticos, bloqueadores de los canales de calcio, antiácidos, suplementos de calcio y hierro. (Nivel IV)

BIBLIOGRAFÍA

- Procedimientos. Área de enfermería. Servicio Andaluz de Salud. Consejería del Salud http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs2/nc/profesionales/area_de_enfermeria/manual_de_procedimientos_y_registros/procedimientos/
- Bibliografía general.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Criterios de evaluación	¿Consta?
	SI/NO
Registro del patrón de evacuación fecal diario	

4.6. EXTRACCIÓN MANUAL DE UN FECALOMA

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades que realiza enfermería para extraer la acumulación anormal de materia fecal que forma una masa endurecida en la porción inferior del intestino.

OBJETIVOS

- Restablecer el tránsito intestinal habitual del paciente.
- Fomentar la eliminación fecal
- Aliviar el malestar que provoca la impactación fecal.

EQUIPO

- Equipo de higiene de los genitales

MATERIAL

- Material de higiene de los genitales
- Lubricante anestésico hidrosoluble
- Empapador
- Guantes desechables no estériles
- Registros de enfermería

PROCEDIMIENTO

- Realizar higiene de manos
- Preparar el material
- Preservar la intimidad del paciente
- Informar al paciente del procedimiento que vamos a realizar (Grado C)
- Solicitar la colaboración del paciente y familia
- Proteger la cama con el empapador
- Colocar al paciente en posición de Sims izquierda y acercarle la cuña.
- Colocarse los guantes
- Vaciar 1-2 cánulas de lubricante anestésico hidrosoluble en la ampolla rectal del paciente y esperar unos 10 minutos a que haga efecto.
- Lubricar el dedo índice.
- Pedirle al paciente que realice respiraciones profundas para que se relaje.
- Indicar al paciente que realice un esfuerzo defecatorio e introducir el dedo en el recto (en dirección al ombligo).
- Extraer fecalomas mediante movimientos del dedo. Si son excesivamente grandes no se intentarán sacar sin antes fragmentarlos manualmente.
- Solicitar la colaboración del paciente pidiéndole que haga esfuerzos para que los fecalomas bajen desde la ampolla rectal.
- Realizar higiene de los genitales.
- Colocar al paciente en posición adecuada.
- Recoger el material.
- Retirar los guantes.
- Realizar higiene de manos.

- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

OBSERVACIONES

- Tras la extracción de fecalomas vigilar la posible aparición de hemorragias rectales.
- Suspender el procedimiento ante la aparición de sangrado, dolor o reacción vagal.
- Tras la extracción de fecalomas es conveniente administrar un enema de 250cc para limpiar la ampolla rectal.

BIBLIOGRAFÍA

- Botella Dorta C. Extracción manual de un fecaloma situado en ampolla rectal. (actualizada 24/01/2005, citado en octubre 2006). Disponible en: <http://www.fisterra.com/material/técnicas/enema/fecaloma.asp>
- Bibliografía general.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Criterios de evaluación	¿Consta?
	SI/NO
Registro de fecha de extracción de fecaloma	

4.7. SONDAJES

4.7.1. SONDAJE VESICAL

4.7.1.1 INSERCIÓN SONDA VESICAL

DEFINICIÓN

Inserción de un catéter en la vejiga para el drenaje temporal o permanente de la orina.

OBJETIVOS

- Acceder a la vejiga del paciente mediante sonda uretral con fines diagnósticos y/o terapéuticos.
- Vaciar la vejiga, manteniéndola en reposo y medir la diuresis.
- Evitar la retención urinaria y el deterioro del aparato urinario.
- Controlar la incontinencia urinaria en pacientes incontinentes y críticos.

EQUIPO

- Batea
- Paños estériles
- Equipo de higiene de los genitales
- Pinza de clampar

MATERIAL

- Esparadrapo hipoalergénico
- Bolsa de orina y soporte
- Antiséptico diluido
- Jeringa de 10cc estéril
- Ampolla de 10 ml de agua destilada
- Guantes estériles
- Guantes desechables no estériles
- Gasas estériles
- Lubricante urológico
- Sonda vesical Foley del nº adecuado
- Tapón para sonda vesical estéril
- Material de higiene de los genitales

PROCEDIMIENTO

- Informar al paciente sobre el procedimiento y solicitar su consentimiento (Grado C)
- Realizar la higiene de manos.
- Preparar el material.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Explicar al paciente que la inserción de la sonda puede provocar sensación de orinar y, posiblemente sensación de ardor.
- Determinar el método de sondaje más apropiado según el objetivo y los criterios especificados en la prescripción, como la cantidad total de orina que debe ser recogida o el tamaño de la sonda a utilizar.
- **COMPROBAR QUE EL PACIENTE NO ES ALÉRGICO AL LÁTEX**
- Colocarse los guantes no estériles
- Colocar al paciente en la posición adecuada:
 - o Mujer: decúbito supino con las rodillas flexionadas y rotadas hacia afuera.
 - o Hombre: decúbito supino, con las piernas ligeramente separadas.
- Realizar la higiene de genitales
- Retirarse los guantes
- Realizar la higiene de manos
- Preparar el campo estéril, depositando el material estéril que se va a utilizar sobre él.
- Colocarse los guantes estériles, bata, gorro y mascarilla
- Comprobar el correcto estado del balón de la sonda, inflándolo.
- Lubricar la punta del catéter vesical (de 2,5 a 5 cm en mujeres, y de 15 a 17,5 cm en hombres)
- Conectar sonda a la bolsa de drenaje cerrado
- Si la sonda es de punta curva se introduce con la punta mirando hacia arriba.
- Inserción de la sonda:
 - o **En hombres:**
 - Poner el pene en posición vertical, retirando el prepucio.
 - Aplicar solución antiséptica en los genitales
 - Insertar la boquilla del lubricante urológico o anestesia en la uretra. Apretar el lubricante en la uretra, quitar y desechar la boquilla. Sostener firmemente el glande durante unos minutos para evitar su fuga.
 - Limpiar cualquier exceso de gel y quitarse los guantes.
 - Realizar higiene de manos y colocarse guantes estériles.

- Mantener el pene con la mano no dominante hasta que esté completamente extendido y sostenerlo a 90º, retrayendo prepucio y dejando glánde al descubierto.
 - Coger la sonda lubricada con la mano dominante e introducirla por el meato suavemente hasta notar un tope. Si el paciente se queja de dolor detener el procedimiento.
 - Inclinar el pene 45º y hacer ligera tracción hacia delante indicando al paciente que respire profundamente y seguir introduciendo hasta que fluya la orina (aprox. 20 cm en adultos), hacer avanzar la sonda unos 2 cm más, así aseguraremos el espacio para hinchar el balón dentro de la vejiga.
 - Inflar el globo con la jeringa cargada con agua destilada (cantidad que indique el fabricante) y retirar hasta notar resistencia.
 - Colocar prepucio en posición fisiológica.
 - Colocar la bolsa al soporte y ponerla por debajo de la vejiga del paciente.
 - Fijar la sonda con esparadrapo en la cara anterior del muslo.
- **En mujeres:**
 - Aplicar solución antiséptica en los genitales a chorro, de arriba hacia abajo.
 - Abrir la vulva de la paciente y colocar el pulgar y el índice de la mano no dominante entre los labios menores.
 - Coger la sonda lubricada con la mano dominante e introducirla por el meato urinario suavemente. Pedir a la paciente que inspire y progresar el catéter durante la inspiración, ya que en esos momentos se relaja el músculo externo del esfínter.
 - No insistir si existiera obstrucción o dificultad.
 - Comprobar la salida de la orina y cuando fluya suavemente inflar el globo con 10 ml de agua estéril
 - Conectar la sonda a la bolsa colectora.
 - Fijar la sonda con esparadrapo en la cara anterior del muslo.
- Dejar al paciente limpio y en posición cómoda y adecuada.
- Recoger el material y desecharlo al contenedor según criterio de eliminación de residuos.
- Retirarse los guantes.
- Realizar higiene de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería:
 - Fecha y hora
 - Motivo del sondaje
 - Tipo de catéter, calibre, longitud, tamaño del globo.
 - Incidencias
 - Medición y registro de la orina obtenida tras la inserción del catéter.
 - Nombre y firma del profesional que la realiza
- **Sondaje evacuador:**
 - Explicar al paciente el procedimiento.
 - Realizar la técnica de inserción del catéter vesical.
 - Dejar que drene la orina entre 300 y 400cc y pinzar la sonda.
 - Repetir la operación cada 20 minutos, hasta terminar el drenaje.
 - Retirar la sonda una vez evacuada la orina.

OBSERVACIONES

- Evitar tirones o acodamientos de la sonda, fijando el tubo de drenaje de la bolsa colectora y la sonda.
- Cuando exista retención urinaria (globo vesical) no permitir vaciado de más de 250cc de una vez.
- La cateterización vesical puede ser:
 - o a corto plazo (hasta 28 días): se utiliza látex, PVC, o potetrafluoroetileno (PTFE), o un catéter de aleación de plata.
 - o a largo plazo: se utiliza catéter de silicona, elastómero de silicona o recubierto de hidrogel. (Nivel I)
- El sondaje permanente es más recomendable que el intermitente en algunos grupos de pacientes en periodo postoperatorio porque tiene menos complicaciones asociadas (Nivel II).
- Complicaciones de la cateterización: bacteriuria, sangrado, falsa vía y malestar del paciente. (Nivel I)
- La incidencia de bacterias en la orina aumenta entre un 3% y un 10% cada día posterior a la inserción de la sonda vesical. Las mujeres tienen un riesgo mayor que los hombres para desarrollar infección urinaria. (Nivel I)
- Las sondas vesicales intermitentes o para evacuación son de un solo uso. (Nivel IV)
- La cateterización intermitente se asocia con un menor riesgo de bacteriuria en comparación con el cateterismo uretral, sin embargo, puede ser más costoso. (Nivel I)
- No se ha demostrado que la técnica de sondaje estéril reduzca la tasa de infecciones del tracto urinario asociadas al sondaje. No hay evidencia científica que demuestre los beneficios de utilizar soluciones antimicrobianas. Para lavar los genitales del paciente es suficiente con utilizar agua del grifo. (Nivel II)
- La contaminación del catéter puede ocurrir si la orina refluye desde la bolsa recolectora hacia la persona. Por ello las bolsas colectoras de orina deben ser vaciadas de manera regular (Nivel I)
- No se recomienda la sonda suprapúbica como alternativa al sondaje uretral (Grado C).
- No se recomienda usar profilaxis antibiótica en sondajes uretrales (Grado C)
- No se recomiendan los controles bacteriológicos sistemáticos cuando no hay síntomas en un paciente con sonda (Grado C).
- Se recomiendan los catéteres recubiertos con aleación de plata en pacientes cateterizados a corto plazo (Grado C)
- Los sistemas de drenaje sellados (p ej.: con cinta adhesiva o pre-sellados) son más efectivos para prevenir la bacteriuria, pero también son más costosos (Nivel I)
- No se recomienda el uso de catéteres con antibióticos ni antisépticos como alternativa a los catéteres estándar (Grado C)
- Pueden usarse indistintamente catéteres de silicona o látex sin que existan pruebas que el tipo de material afecte a la bacteriuria. (Grado C)
- En los varones se recomiendan catéteres siliconados que puede que causen menos efectos secundarios. (Grado C)

BIBLIOGRAFÍA

- García Plá A, Monedero Alonso L, Hervás Lorente E, Gomis Baldoví S. Técnica sondaje vesical. (monografía en Internet) Hospital La Ribera. Guías clínicas (citado 12 diciembre 2006). Disponible en: <http://www.hospital-rivera.com/>

- Botella Dorta C. Cateterismo o sondaje vesical. (actualizada 01/03/2007, citado en mayo 2007). Disponible en: <http://www.fisterra.com/material/tecnicas/catetVesical.asp>
- Guía de atención a pacientes con incontinencia urinaria. 3ª edición. Juan Carlos Morilla Herrera. Ed: Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC). Granada. 2007.
- Joanna Briggs Institute for Evidenced Based Nursing and Midwifery (JBIEBNM). Management of short term indwelling urethral catheters to prevent urinary tract infection. 2000. Best Practice. 2000; 4(1). Actualizado 2007.
- Procedimientos. Área de enfermería. Servicio Andaluz de Salud. Consejería del Salud http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs2/nc/profesionales/area_de_enfermeria/manual_de_procedimientos_y_registros/procedimientos/
- Bibliografía general.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
Registrado tipo, calibre y fecha de inserción y retirada del catéter	
Registrado control de diuresis en gráfica	
Registro de aspecto de la orina y de la zona de contacto de sonda/uretra cada 24 horas	
Sonda sin acodamientos	
Bolsa por debajo de la vejiga y sin tocar el suelo	
Genitales y sonda limpios y sin lesiones	

4.7.1.2 Retirada sonda vesical

DEFINICIÓN

Extracción de la sonda vesical cuando el paciente ya no la precisa, está obstruida o en posición correcta.

OBJETIVO

Retirar la sonda vesical, evitando posibles complicaciones.

EQUIPO

- Batea
- Recipiente graduado

MATERIAL

- Bolsa para residuos
- Empapador
- Gasas
- Guantes desechables no estériles
- Jeringa de 10cc
- Registros de enfermería

PROCEDIMIENTO

- Informar al paciente y familia sobre el procedimiento y solicitar su colaboración (Grado C)
- Realizar la higiene de manos.
- Preparar todo el material.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Colocarse los guantes
- Informar al paciente, si es hombre, de las posibles molestias del paso del globo desinflado a través de la uretra.
- Colocar al paciente en decúbito supino, con las piernas ligeramente separadas cuando sea mujer.
- Colocar el empapador debajo de los glúteos del paciente.
- Comprobar, según la sonda, el volumen del balón.
- Extraer el contenido del globo de la sonda vesical con una jeringa.
- Pedir al paciente que se relaje y respire profundo. A medida que el paciente exhala, retirar suavemente la sonda y depositarla en la bolsa para residuos.
- Ofrecer la botella o la cuña al paciente, si precisa.
- Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar la higiene de manos.
- Enseñar al paciente:
 - o Avisar cuando orine.
 - o Signos de retención
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.
- Vigilancia:
 - o Comprobar que el volumen de orina en cada micción, después de la retirada de la sonda, es adecuado.
 - o Aumentar la ingesta de líquidos, si no está contraindicado, ya que disminuirá el malestar y estimulará la producción de orina.
 - o Si el paciente no ha orinado entre 6 a 8 horas después de la retirada de la sonda, valorar los signos de retención urinaria. Si aparecen, comunicarlo al facultativo para realizar nueva inserción de sonda.

OBSERVACIONES

- Si al retirar la sonda se encuentra resistencia o el paciente presenta dolor:
 - o Verificar que el balón se vació completamente
 - o Rotar la sonda y repetir la técnica descrita. Si la sonda no cede y no progresa en su salida, avisar al médico.

- En caso que no pueda extraer el líquido del balón, por estar estropeado el mecanismo de la válvula, tratar de vaciarlo introduciendo una guía metálica fina en el canal longitudinal de inflado del balón. Como último recurso, cortar el brazo de inflado de la sonda por debajo de la válvula, vigilar que drene el contenido del balón e intentar continuar retirando la sonda con suavidad. Si no son efectivas las medidas avisar al médico.
- La evidencia relacionada sugiere el retraso en la retirada de la sonda vesical con una estancia hospitalaria más larga. (Nivel I)
- Existen evidencias limitadas respecto al clampaje previo a la retirada de la sonda. (Nivel I)
- Se recomienda que las sondas vesicales se retiren tan pronto como sea posible para minimizar el riesgo de infección del tracto urinario. (Grado B)
- La retirada de la sonda a medianoche, en vez de por la mañana, se asocia a un mayor volumen de orina en la primera micción y en una recuperación más temprana de las pautas urinarias normales. (Grado B)
- La retirada temprana de las sondas vesicales se asocia con un mayor problema de evacuación a corto plazo. (Grado B)

BIBLIOGRAFÍA

- García Plá A, Monedero Alonso L, Hervás Lorente E, Gomis Baldoví S. Técnica sondaje vesical. (monografía en Internet) Hospital La Ribera. Guías clínicas (citado 12 diciembre 2006). Disponible en: <http://www.hospital-rivera.com/>
- Botella Dorta C. Cateterismo o sondaje vesical. (actualizada 01/03/2007, citado en mayo 2007). Disponible en: <http://www.fisterra.com/material/tecnicas/catetVesical.asp>
- Guía de atención a pacientes con incontinencia urinaria. 3ª edición. Juan Carlos Morilla Herrera. Ed: Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC). Granada. 2007.
- Procedimientos. Área de enfermería. Servicio Andaluz de Salud. Consejería del Salud http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs2/nc/profesionales/area_de_enfermeria/manual_de_procedimientos_y_registros/procedimientos/
- Griffiths R, Fernandez R. Políticas para el retiro de sondas uretrales permanentes a corto plazo. Reproducción de una revisión Cochrane, Traducida y publicada en la Biblioteca Cochrane Plus. 2007, nº1
- Joanna Briggs Institute for Evidenced Based Nursing and Midwifery (JBIEBNM). Managemente of short term indwelling urethral catheters to prevent urinary tract infection. 2000. Best Practice. 2000; 4(1). Actualizado 2007.
- Bibliografía general.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Criterios de evaluación	¿Consta?
	SI/NO
Registrado tipo, calibre y fecha de inserción y retirada del catéter	
Registrado de la primera micción tras la retirada del catéter	

4.7.1.3 CUIDADOS DEL PACIENTE CON SONDA VESICAL

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades que realiza enfermería para mantener la permeabilidad de la sonda vesical y prevenir infecciones.

OBJETIVOS

- Mantener permeable la sonda vesical
- Disminuir el riesgo de infección por sonda vesical.

PROCEDIMIENTO

Mantenimiento del catéter urinario:

- El catéter vesical debe ser conectado a un sistema estéril cerrado de drenaje urinario (Grado B)
- Utilizar siempre un sistema colector cerrado, con válvula antirreflujo. Puede tener un dispositivo para la toma de muestras. No cambiar las bolsas del catéter de forma frecuente (Nivel I).
- Evitar desconexiones de la sonda innecesarias.
- Mantener la bolsa de diuresis por debajo del nivel del paciente. Pinzar el sistema si ha de elevar la bolsa por encima del nivel del cuerpo del paciente. (Nivel IV)
- Vaciar la bolsa de drenaje cuando esté a 2/3 del total para evitar la tracción sobre el catéter por el peso de la bolsa de drenaje. (Nivel I)
- Comprobar en cada turno la permeabilidad de la sonda. Si no es permeable:
 - o Comprobar que no existen acodamientos en los tubos de drenaje.
 - o En caso de obstrucción de la sonda, realizar lavado vesical introduciendo de 30 a 50cc de suero fisiológico. Después aspirar suavemente o conectar a bolsa para ver permeabilidad.
 - o En caso de seguir obstruida, retirar la sonda y volver a insertar una nueva. No retirar nunca la sonda en enfermos sometidos a una prostatectomía, avisar al médico.
- Cambiar la sonda cada 20-25 días si es de látex y cada 8 semanas si es de silicona.
- Evitar decúbitos de la sonda.

Observaciones en el paciente:

- Mantener la sonda vesical el menor tiempo posible (Grado A)
- Vigilar signos y síntomas de infecciones de vías urinarias (aumento de la temperatura, dolor en flancos suprapúbicos, orina turbia o maloliente, hematuria).
- Realizar higiene de los genitales diariamente y cuando precise. Higiene regular alrededor del meato una vez al día. Lavar con agua y jabón la región perianal y siempre después de cada evacuación intestinal. (Nivel I)
- Utilizar agua del grifo para la higiene de los genitales del paciente (Nivel I)
- Realizar la higiene de manos antes de manipular el catéter (Nivel IV)
- Retirar tan pronto como sea posible el catéter para evitar las infecciones urinarias (Grado A)

Educación al paciente y cuidador:

- Beber al menos de 1,5 a 2 litros de líquidos al día (agua, zumos, caldo, infusiones, etc) para provocar abundante orina y evitar que se formen residuos en la vejiga y que se obstruya la sonda, si no está contraindicado.
- Al manipular la sonda, lavarse las manos con agua y jabón.
- Higiene diaria del pene o zona genital con agua y jabón.
- Vigilar que el tubo de la sonda o de la bolsa no estén doblados.
- Si se levanta y camina con la sonda, sujetarla a la pierna con un esparadrapo.
- Mantener la bolsa de drenaje a un nivel más bajo que la vejiga siempre para prevenir un retroceso del flujo urinario hacia la vejiga.
- No tirar de la sonda.
- Realizar una vida social, familiar y de ocio de manera normal. Llevar sonda vesical no debe ser un impedimento.

BIBLIOGRAFÍA

- García Plá A, Monedero Alonso L, Hervás Lorente E, Gomis Baldoví S. Técnica sondaje vesical. (monografía en Internet) Hospital La Ribera. Guías clínicas (citado 12 diciembre 2006). Disponible en: <http://www.hospital-rivera.com/>
- Botella Dorta C. Cateterismo o sondaje vesical. (actualizada 01/03/2007, citado en mayo 2007). Disponible en: <http://www.fisterra.com/material/tecnicas/catetVesical.asp>
- Procedimientos. Área de enfermería. Servicio Andaluz de Salud. Consejería del Salud http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs2/nc/profesionales/area_de_enfermeria/manual_de_procedimientos_y_registros/procedimientos/
- Niël-Weise BS, van den Broek PJ. Normas para el uso de sondas vesicales para el drenaje vesical prolongado. Reproducción de una revisión Cochrane, Traducida y publicada en la Biblioteca Cochrane Plus, 2007, nº1.
- Bibliografía general.

4.7.1.4 LAVADOS VESICALES

DEFINICIÓN

Introducción de una solución en la vejiga a través de un catéter vesical, ya colocado, y comprobación de la evacuación de ésta.

OBJETIVOS

- Mantener o recuperar la permeabilidad del catéter.
- Limpiar la vejiga o aplicar una solución antiséptica en la mucosa vesical.
- Extraer coágulos vesicales.

EQUIPO

- Recipiente de recolección graduado.
- Batea
- Pinzas de Kocher
- Tapones de sonda
- Paño estéril

- Soporte de suero

MATERIAL

- Solución prescrita para irrigación
- Jeringa de 50cc estéril
- Solución antiséptica
- Gasas estériles
- Guantes estériles
- Empapador
- Registros de enfermería

PROCEDIMIENTO

- Realizar higiene de manos
- Preparar el material.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento (Grado C).
- Solicitar la colaboración de paciente y familia.
- Colocar al paciente en decúbito supino.
- Colocarse los guantes desechables.
- Vaciar, medir y registrar la cantidad y el aspecto de la orina que se encuentra en la bolsa de drenaje. Desechar la orina y los guantes.
- Colocar el empapador debajo de la zona de unión del sistema de drenaje.
- Colocar paños estériles y depositar el material estéril sobre ellos.
- Colocarse los guantes estériles.
- **Lavado intermitente con sistema cerrado** (sonda vesical de 3 vías):
 - o Limpiar con antiséptico la zona de conexión entre sonda y sistema de lavado y conectar.
 - o Despinzar el sistema de lavado y regular velocidad de infusión.
 - o Tras introducir unos 100 ml de solución o lo prescrito, volver a pinzar.
 - o Mantener unos minutos el líquido en la vejiga.
 - o Evacuar el líquido por el sistema de drenaje y repetir varias veces.
- **Lavado continuo con sistema cerrado** (sonda vesical de 3 vías):
 - o Limpiar con antiséptico la zona de conexión y conectar.
 - o Despinzar sistema de lavado y calcular velocidad de irrigación (normal 40-60 gotas/min)
- **Lavado del catéter con sistema abierto** (sonda vesical de dos vías):
 - o Limpiar con antiséptico la zona de conexión.
 - o Pinzar sonda con pinzar Kocher.
 - o Cargar jeringa con 50cc de solución de irrigación y conectar a sonda.
 - o Despinzar e inyectar con suavidad todo el líquido.
- Para evacuar el líquido se puede hacer a través de dos opciones: por la bolsa de drenaje o aspiración lenta a través de la jeringa.
- Realizar balance de entradas y salidas y observar características del líquido drenado.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en posición cómoda.
- Retirarse los guantes.
- Realizar higiene de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería el procedimiento realizado, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

OBSERVACIONES

- El método cerrado es la técnica de elección para una irrigación vesical o con sonda porque está asociado a un menor riesgo de infección. En ocasiones puede ser necesario una irrigación abierta para restablecer la permeabilidad de la sonda. En estos casos se deben tomar precauciones estrictas para mantener la esterilidad de la conexión del tubo de drenaje y el interior de la sonda.
- Siempre que el paciente avise que tiene dolor ha de valorarse la posible obstrucción de la sonda.
- La solución de irrigación ha de estar siempre a temperatura ambiente.
- Técnica estéril en todo tipo de lavado.
- Aumentar la ingesta de líquidos, si no está contraindicado, para asegurar el normofuncionamiento renal y evitar obstrucción de la sonda.
- Comunicar al facultativo si: oclusión del catéter, sangrado, dolor, distensión abdominal, espasmos.

BIBLIOGRAFÍA

- García Plá A, Monedero Alonso L, Hervás Lorente E, Gomis Baldoví S. Técnica sondaje vesical. (monografía en Internet) Hospital La Ribera. Guías clínicas (citado 12 diciembre 2006). Disponible en: <http://www.hospital-rivera.com/>
- Bibliografía general.

4.7.2. SONDAJE RECTAL

DEFINICIÓN

Inserción en el recto a través del ano de una sonda rectal.

OBJETIVO

- Favorecer la expulsión de gases acumulados y heces.
- Disminuir la distensión abdominal.
- Facilitar la administración de enemas.

EQUIPO

- Toallas
- Cuña o palangana

MATERIAL

- Compresas higiénicas
- Esponja
- Jabón neutro
- Guantes no estériles
- Sonda rectal del número adecuado
- Gasas no estériles
- Lubricante o vaselina
- Empapador

- Esparadrapo antialérgico
- Bolsa de basura
- Registros de enfermería

PROCEDIMIENTO

- Informar al paciente del procedimiento y solicitar su consentimiento (Grado C)
- Preparar el material.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Realizar la higiene de manos.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Solicitar al paciente que evacue la vejiga.
- Colocar al paciente en posición de Sims izquierda, con las nalgas cerca del borde de la cama.
- Realizar la higiene de los genitales y de la zona anal, si es necesario.
- Poner el empapador debajo de las nalgas.
- Lubricar la sonda rectal con vaselina o lubricante.
- Separar suavemente las nalgas y localizar el ano, e indicar al paciente que respire profundamente e introducir la sonda en dirección al ombligo aproximadamente 10 cm suavemente en el recto en adultos y 5 cm en niños.
- En caso de que la sonda no pueda ser insertada por presentar resistencia, comunicarlo al facultativo.
- Limpiar el área rectal.
- Fijar la sonda con esparadrapo a la cara interna del muslo izquierdo del paciente.
- Situar el extremo distal de la sonda en la cuña o bien en una bolsa de drenaje.
- Dejar la sonda 20 minutos o según prescripción médica.
- Retirar la sonda del paciente.
- Realizar higiene de los genitales.
- Dejar al paciente limpio, seco y en posición cómoda.
- Recoger el material
- Retirarse los guantes.
- Realizar higiene de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería el procedimiento realizado, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

OBSERVACIONES

- No mantener la sonda rectal más de 30 minutos porque puede producir lesiones en la mucosa rectal.
- El sondaje rectal está contraindicado en pacientes que hayan sufrido alguna intervención quirúrgica reciente en la zona (recto y próstata).
- Tener precauciones especiales en pacientes con arritmias por posible reacción vagal.
- Utilizar el juicio clínico a la hora de usar este procedimiento para disminuir las molestias postoperatorias y la distensión abdominal, ya que no hay estudios recientes, de alta calidad que lo recomienden. (Grado B)

BIBLIOGRAFÍA

- Botella Dorta C. Aplicación de una sonda rectal. (actualizado 3/1/2005; citado en 15 noviembre 2006). Disponible en: http://www.fisterra.com/material/tecnicas/viaRectal/sonda_rectal.asp
- Procedimientos. Área de enfermería. Servicio Andaluz de Salud. Consejería del Salud http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs2/nc/profesionales/area_de_enfermeria/manual_de_procedimientos_y_registros/procedimientos/
- Bibliografía general.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
Registrado procedimiento: fecha y hora y motivo	

4.8. ADMINISTRACIÓN DE ENEMAS DE LIMPIEZA Y RETENCIÓN

DEFINICIÓN

Introducción de una solución líquida, a través del esfínter anal, en el recto y en la parte inferior del intestino, con una cánula, con fines terapéuticos o diagnósticos.

OBJETIVOS

- Facilitar la evacuación de heces y gases.
- Administrar al paciente sustancias por vía rectal para que sean absorbidas por la mucosa intestinal.

EQUIPO

- Equipo de sondaje rectal.
- Equipo de higiene de los genitales.
- Soporte del sistema de irrigación.
- Cuña.
- Pinza de clampar.

MATERIAL

- Material de sondaje rectal.
- Material de higiene de los genitales.
- Solución a irrigar.
- Sistema de irrigación y soporte.
- Empapador
- Bolsa de residuos.

- Registro de enfermería.
- Guantes desechables.
- Lubricante

PROCEDIMIENTO

- Comprobar la prescripción facultativa.
- Confirmar el nombre del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento a realizar y los motivos de la administración. (Grado C)
- Preparar la solución prescrita con el agua a temperatura templada.
- Preparar el material.
- Realizar higiene de manos.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Indicar al paciente que evacue la vejiga, ya que disminuye la incomodidad en el procedimiento.
- Colocar al paciente en posición de Sims izquierda, con las nalgas en el borde de la cama. Esta posición facilita el flujo de la solución por gravedad en el colon sigmoideo y descendente.
- Colocarse los guantes.
- Introducir el empapador debajo de las caderas y nalgas del paciente.
- **Si el enema es preparado comercial desechable:**
 - o Leer las instrucciones en el envase, lubricar la cánula e insertarla en el ano y plegar el recipiente sobre sí mismo para vaciarlo.
 - o Retirar la cánula y desecharla en la bolsa de basura.
 - o Animar al paciente a que retenga el enema el mayor tiempo posible.
- **Si el enema es de agua jabonosa:**
 - o Preparar un litro con agua del grifo a 37°C
 - o Instalar el sistema de enema en el soporte a una altura de 30-35 cm por encima del ano. La altura en niños y lactantes será de 7,5 a 15 cm.
 - o Conectar la sonda rectal al sistema de irrigación.
 - o Purgar y pinzar el sistema.
 - o Lubricar la punta de la sonda e insertar suavemente el catéter en el recto en dirección hacia arriba y atrás. Soltar el clip.
 - o La longitud de la sonda a introducir será:
 - Adultos: de 7,5 a 10 cm
 - Niños: de 5 a 7,5 cm
 - Lactantes: de 2,5 a 3,75 cm
 - o Sostener la sonda en el recto con la mano y permitir que circule el líquido lentamente. Si el paciente se queja de dolor o de incapacidad para mantener el enema, detener el flujo de líquido y darle instrucciones para que respire profundamente, después comenzar de nuevo lentamente.
 - o Cuando la bolsa esté casi vacía, pinzar la sonda, retirar el catéter y depositarlo todo en la bolsa de basura.
 - o Informar al paciente de que retenga la irrigación de 5 a 10 minutos, según tolere. (Nivel IV)
- **Si el enema es de retención:**
 - o Prepara un volumen menor (total 300 ml)
 - o El tiempo de retención en el intestino debe oscilar entre 30 y 60 minutos.
- Durante la administración del enema valorar:

- Si el paciente se queja de sensación de plenitud o de calambres, cerrar la llave de paso durante unos 30 segundos, o bien, descender algo el recipiente para disminuir la velocidad de flujo.
- Ante cualquier indicativo de reacción vagal (sudoración, malestar, palidez facial, palpitaciones, etc.) detener la infusión. (Nivel IV)
- Si la entrada de líquido se hace más lenta, realizar una ligera rotación de la sonda para desprender cualquier material fecal que pueda estar obstruyendo alguno de sus orificios.
- Facilitar el acceso al cuarto de baño o colocarle la cuña.
- Observar las características de las heces.
- Ayudar o realizar la higiene de los genitales.
- Dejar al paciente en una posición cómoda.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería el procedimiento realizado, motivo, efectividad, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

OBSERVACIONES

- No se recomienda que los enemas sean utilizados como tratamiento de primera línea para el estreñimiento. Puede emplearse un programa integral de manejo del estreñimiento y luego el uso de enemas. (Nivel II)
- Está contraindicado el uso de enemas en pacientes con trastornos gastrointestinales como diarrea, dolor abdominal, con cirugía intestinal reciente, con problemas cardíacos (como arritmias o reciente episodio de infarto de miocardio), ya que su administración puede estimular el nervio vago y desencadenar alteraciones electrofisiológicas como la bradicardia.
- La lavativa de Harris es similar al enema de limpieza excepto:
 - La sonda rectal se introduce 25-30 cm
 - Se administra 500 cc solución salina tibia.
 - Se eleva el sistema irrigador y se irriga hasta que el flujo se detiene o el paciente nota molestias. En este punto se baja el sistema por debajo de las nalgas del paciente, repitiendo no más de 3 veces.

BIBLIOGRAFÍA

- Botella Dorta C. Administración de un enema de limpieza. actualizado 3/1/2005; citado en 15 noviembre 2006. Disponible en: <http://www.fisterra.com/material/tecnicas/enema1.asp>
- Procedimientos. Área de enfermería. Servicio Andaluz de Salud. Consejería del Salud http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs2/nc/profesionales/area_de_enfermeria/manual_de_procedimientos_y_registros/procedimientos/
- Bibliografía general.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
Registrado procedimiento: fecha, hora y motivo, tipo de enema y efectividad del enema	

4.9. CUIDADOS AL PACIENTE OSTOMIZADO

4.9.1 CUIDADOS DEL ESTOMA URINARIO

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades que realiza enfermería a un paciente con un estoma urinario.

OBJETIVOS

- Realizar cuidados adecuados con el fin de evitar complicaciones previsibles, dar énfasis en el autocuidado, detectar tempranamente dificultades y facilitar la rehabilitación.
- Mantener la permeabilidad y las condiciones de higiene del estoma urinario.
- Mantener la integridad de la piel periestomal.
- Educar al paciente y familia en los cuidados de mantenimiento del estoma urinario.

EQUIPO

- Palangana
- Batea
- Tijeras
- Toallas

MATERIAL

- Guantes desechables no estériles
- Equipo de estoma urinario
- Bolsa de residuos
- Empapador
- Jabón neutro
- Esponjas
- Compresas o gasas
- Registros de enfermería

PROCEDIMIENTO

- Informar al paciente y familia sobre el procedimiento y solicitar su colaboración. (Grado C)
- Realizar higiene de manos
- Preparar el material y trasladarlo junto al paciente
- Preservar la intimidad del paciente
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocar al paciente en decúbito supino y proteger la ropa de la cama con el empapador.
- Colocarse los guantes.
- Retirar la bolsa usada suavemente de la parte superior a la inferior, sujetando la piel con la otra mano, evitando tracciones de la piel.
- Limpiar suavemente el estoma y piel periestomal de dentro hacia fuera con movimientos circulares, utilizando una esponja suave impregnada en jabón neutro.
- Secar bien el estoma y la piel circundante de forma cuidadosa.
- Observar el aspecto del estoma y la zona de alrededor.
- Medir el diámetro del estoma y recortar el disco adhesivo de la bolsa lo más aproximado a la medida y forma del estoma.
- Dejar de 2 a 3 mm entre el borde del estoma y la bolsa.
- Colocar el dispositivo pegando el adhesivo desde abajo hacia arriba, centrando de forma precisa el orificio alrededor del estoma y evitando pliegues cutáneos.
- Aplicar la bolsa colectora al disco de abajo hacia arriba mediante los aros de conexión.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Dejar al paciente en posición cómoda.
- Realizar higiene de manos.
- Explicar todo el proceso al paciente para fomentar el autocuidado.
- Registrar en la documentación de enfermería el procedimiento realizado, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

OBSERVACIONES

- La educación del paciente sobre el cuidado del estoma es más eficaz si se incluye antes de la cirugía, ya que esto permite a los pacientes adquirir destrezas en el manejo de sus estomas con anterioridad. Esta estrategia reduce el tiempo postoperatorio, el ingreso hospitalario y las cargas de trabajo en Atención Primaria y Consulta de Cirugía. (Nivel II)
- Si apareciera dermatitis de 2º grado, aplicar apósito protector tipo hidrocoloide o higrogel, ajustándolo al diámetro del estoma y colocar el dispositivo de dos piezas encima.
- Los dispositivos deben cambiarse cuando la bolsa alcance los dos tercios de su capacidad. En caso de dispositivos abiertos: vaciar la bolsa cuando alcance los dos tercios de su capacidad y cambiarla cada 24 horas.
- Si se produce obstrucción del estoma urinario por hemorragia debido a la intervención quirúrgica, aspirar y lavar.
- Enseñar hábitos saludables para mantener el peso ideal, ya que el exceso de peso altera el estoma.
- El paciente debe llevar ropa cómoda, evitando comprimir la bolsa. Colocar la bolsa por dentro de la ropa interior para su comodidad y mejor sujeción.

- Informar al paciente que puede realizar todas las actividades como pasear, nadar, bailar o viajar, evitando ejercicios violentos.

BIBLIOGRAFÍA

- Iglesias A. Manejo de los estomas digestivos/urinarios (actualizado 02/10/2006; citado en 17 de mayo 2007). Disponible en: <http://www.fisterra.com/materia/tecnicas/estomas.asp.asp>
- Procedimientos. Área de enfermería. Servicio Andaluz de Salud. Consejería del Salud http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs2/nc/profesionales/area_de_enfermeria/manual_de_procedimientos_y_registros/procedimientos/
- Bibliografía general

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Criterios de evaluación	¿Consta?
	SI/NO
Registro del cambio del dispositivo colector	
Registro de las características del drenado por la ostomía	
Ausencia de lesiones en la zona periestomal	
Higiene adecuada de la ostomía	

4.9.2 CUIDADOS DE LAS OSTOMÍAS DIGESTIVAS

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades que realiza enfermería ante un paciente con ostomía digestiva.

OBJETIVOS

- Realizar cuidados adecuados con el fin de evitar complicaciones previsibles, dar énfasis en el autocuidado, detectar tempranamente dificultades y facilitar la rehabilitación.
- Mantener el estoma en condiciones de higiene.
- Mantener la permeabilidad de la ostomía digestiva.
- Mantener la integridad de la piel periestomal.
- Educar al paciente y familia en los cuidados de mantenimiento de las ostomías digestivas.

EQUIPO

- Palangana
- Batea
- Tijeras
- Toallas
- Carro de curas

MATERIAL

- Guantes desechables no estériles
- Bolsa drenaje ostomías.
- Bolsa de residuos
- Empapador
- Jabón neutro
- Esponjas
- Compresas o gasas
- Registros de enfermería

PROCEDIMIENTO

- Informar al paciente y familia sobre el procedimiento y solicitar su colaboración. (Grado C)
- Realizar higiene de manos
- Preparar el material y trasladarlo junto al paciente
- Preservar la intimidad del paciente
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Instruir al paciente y familia en la utilización del equipo de ostomía.
- Colocar al paciente en decúbito supino con el abdomen al descubierto y proteger la ropa de la cama con el empapador.
- Colocarse los guantes.
- Observar la curación de la incisión o estoma.
- Enseñar al paciente y familia a hacer dilataciones periódicas del estoma con el dedo índice y vaselina.
- Vigilar posibles complicaciones postoperatorias, como la obstrucción abdominal, el íleo paralítico, fisura de la anastomosis o la separación de la mucosa cutánea.
- Retirarse los guantes.
- Realizar higiene de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería el procedimiento realizado, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

OBSERVACIONES

- La educación del paciente sobre el cuidado del estoma es más eficaz si se incluye antes de la cirugía, ya que esto permite a los pacientes adquirir destrezas en el manejo de sus estomas con anterioridad. Esta estrategia reduce el tiempo postoperatorio, el

ingreso hospitalario y las cargas de trabajo en Atención Primaria y Consulta de Cirugía. (Nivel II)

- Enseñar al paciente a:
 - o Elegir el equipo de ostomía que más se adapte a las características del tipo de ostomía que le hayan realizado:
 - Ileostomías y colostomías derechas: sistema abierto porque las heces son más líquidas.
 - Colostomías izquierdas: sistema cerrado porque las heces son más sólidas.
 - o Practicar los autocuidados.
 - o Vigilar la presencia de posibles complicaciones como rotura mecánica, química, exantema, fugas, deshidratación, infección, etc.
 - o Las complicaciones usuales del estoma son (Nivel IV):
 - Inmediatas (menos de 24 h tras la cirugía): edema e isquemia del estoma.
 - Tempranas: separación mucocutánea (el borde del estoma se separa de la piel circundante dejando una cavidad) o no funcionamiento del estoma.
 - Tardías: asociadas generalmente con el cuidado del estoma, e incluyen la dermatitis por contactos y por los efluentes
 - o Seguir una dieta adecuada dependiendo del tipo de ostomía.
 - o Masticar bien los alimentos, beber líquidos en abundancia, añadir un alimento nuevo cada vez para observar las posibles intolerancias.
 - o Hacer dilataciones periódicas del estoma con el dedo índice y vaselina.
 - o Vestir de forma adecuada: ropa cómoda y que no ejerza presión sobre el estoma.
- Animar al paciente a que realice todas las técnicas para el cuidado del estoma, para así fomentar el autocuidado y expresar sus sentimientos e inquietudes.

BIBLIOGRAFÍA

- Iglesias A. Manejo de los estomas digestivos/urinarios (actualizado 02/10/2006; citado en 17 de mayo 2007). Disponible en: <http://www.fisterra.com/materia/tecnicas/estomas.asp.asp>
- Procedimientos. Área de enfermería. Servicio Andaluz de Salud. Consejería del Salud http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs2/nc/profesionales/area_de_enfermeria/manual_de_procedimientos_y_registros/procedimientos/
- Bibliografía general

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Criterios de evaluación	¿Consta?
	SI/NO
Registro del cambio del dispositivo colector	
Registro de las características del drenado por la ostomía	
Ausencia de lesiones en la zona periestomal	
Higiene adecuada de la ostomía	

4. 9.3 CAMBIO DEL DISPOSITIVO COLECTOR DE LA OSTOMÍA DIGESTIVA

DEFINICIÓN

Sustitución del dispositivo colector de la ostomía digestiva usado por otro nuevo, cuando el paciente lo precisa.

OBJETIVOS

- Mantener el estoma en condiciones de higiene.
- Mantener la integridad de la piel periestomal en el paciente ostomizado.
- Educar al paciente y familia en el cambio del dispositivo colector del estoma.

EQUIPO

- Batea
- Carro de curas
- Toalla
- Tijera

MATERIAL

- Bolsa o dispositivo de drenaje de ostomía
- Guantes no estériles
- Solución antiséptica de manos
- Gasas
- Empapador
- Bolsa de residuos
- Jabón neutro
- Registros de enfermería

PROCEDIMIENTO

- Informar al paciente y familia sobre el procedimiento y solicitar su colaboración. (Grado C)
- Realizar higiene de manos
- Preparar el material y trasladarlo junto al paciente
- Preservar la intimidad del paciente
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Instruir al paciente y familia en la utilización del equipo de ostomía.
- Colocar al paciente en decúbito supino con el abdomen al descubierto y proteger la ropa de la cama con el empapador.
- Colocarse los guantes.
- Retirar la bolsa usada suavemente de la parte superior a la inferior, sujetando la piel con la otra mano, evitando tracciones de la piel.
- Retirar, cuidadosamente, los restos de heces con una gasa humedecida con agua.
- Limpiar suavemente el estoma y piel periestomal utilizando una esponja suave con agua tibia y jabón neutro (Nivel IV).

- Secar bien el estoma y la piel circundante de forma cuidadosa. Si fuera necesario, aplicar cremas barrera de la piel para evitar dermatitis de contacto con los efluentes (Nivel IV).
- Observar el aspecto del estoma y la zona de alrededor (color rojo brillante).
- Seleccionar la bolsa apropiada a las características:
 - o La elección del dispositivo (cerrado con filtro, sistema de una pieza o de dos piezas) dependerá del tipo de estoma, su localización, su funcionalidad y de las características de la piel (Nivel IV).
 - o Cuando haya que cambiar la bolsa frecuentemente se aconseja utilizar sistemas de dos piezas para evitar dermatitis de la piel circundante (Nivel IV).
 - o La apertura de la bolsa debe ser aproximadamente de 3 a 5 mm más grande que el estoma para evitar la lesión por fricción (Nivel IV). Medir el diámetro del estoma y recortar el disco adhesivo de la bolsa lo más aproximado a la medida y forma del estoma.
- Colocar el dispositivo pegando el adhesivo desde abajo hacia arriba, centrando de forma precisa el orificio alrededor del estoma y evitando pliegues cutáneos.
- Desechar la materia fecal en el WC y el resto de material en la bolsa de residuos.
- Dejar al paciente en posición cómoda.
- Retirarse los guantes y realizar higiene de manos.
- Explicar todo el proceso al paciente para fomentar el autocuidado.
- Registrar en la documentación de enfermería el procedimiento realizado, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

OBSERVACIONES

- La irritación cutánea es la complicación más frecuente en el paciente ostomizado.
- Nunca se ha de perforar una bolsa para eliminar los gases porque perderá su hermeticidad y producirá olor constante (Nivel IV).
- En la ileostomía se tendrá especial cuidado con la piel circundante. Se pueden utilizar pomadas protectoras (Nivel IV).
- Los pliegues de la piel y arrugas son vulnerables a la filtración de los contenedores de la ostomía. La utilización de pastas para rellenar los desniveles favorece la adhesión del sistema colector y reduce el riesgo de dermatitis por fugas (Nivel IV).
- Si existe vello, cortar con las tijeras pero no rasurar.
- Las bolsas se cambiarán cuantas veces sea necesario.

BIBLIOGRAFÍA

- Iglesias A. Manejo de los estomas digestivos/urinarios (actualizado 02/10/2006; citado en 17 de mayo 2007). Disponible en: <http://www.fisterra.com/materia/tecnicas/estomas.asp.asp>
- Procedimientos. Área de enfermería. Servicio Andaluz de Salud. Consejería del Salud http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs2/nc/profesionales/area_de_enfermeria/manual_de_procedimientos_y_registros/procedimientos/
- Bibliografía general

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
Registro del cambio del dispositivo colector	
Registro de las características del drenado por la ostomía	
Ausencia de lesiones en la zona periestomal	
Higiene adecuada de la ostomía	
Vigilancia de la piel periestomal	

4.9.4 ADMINISTRACIÓN DE UN ENEMA POR OSTOMÍA DIGESTIVA

DEFINICIÓN

Introducción de una solución líquida en el colón a través de una ostomía digestiva.

OBJETIVO

Facilitar la evacuación de heces y gases por la ostomía digestiva.

EQUIPO

- Batea
- Toalla
- Tijera

MATERIAL

- Solución a irrigar
- Guantes no estériles
- Gasas
- Lubricante
- Suero fisiológico
- Sistema de irrigación y soporte
- Dispositivo de drenaje de ostomía
- Empapador
- Bolsa de residuos
- Jabón neutro
- Registros de enfermería

PROCEDIMIENTO

- Informar al paciente y familia del procedimiento a realizar
- Solicitar la colaboración del paciente y familia
- Realizar la higiene de manos
- Preparar el material
- Preservar la intimidad del paciente
- Colocar al paciente en posición semi-fowler
- Colocarse los guantes no estériles
- Colocar el sistema de irrigación a la altura del hombro del paciente
- Retirar la bolsa de ostomía digestiva y realizar la higiene del estoma
- Introducir el sistema de enema lubricado por el estoma, dilatando previamente con el dedo si precisa. No introducir más de 10 cm
- Administrar el enema de forma lenta. Si aparece dolor de tipo cólico detenerse.
- Retirar el sistema y colocar al paciente en decúbito supino.
- Limpiar el estoma y piel y colocar la bolsa de ostomía digestiva.
- Recoger el material
- Dejar al paciente en posición cómoda
- Retirarse los guantes
- Realizar el lavado de manos
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente

OBSERVACIONES

- La solución a irrigar debe estar a una temperatura de 37°C y el máximo de líquido a irrigar ha de ser de 500 cc
- Ante cualquier inductivo de reacción vagal (sudoración, malestar, palidez facial, palpitations, etc.) se deberá detener la infusión. (Nivel IV)

BIBLIOGRAFÍA

- Botella Dorta C. Administración de un enema de limpieza. actualizado 3/1/2005; citado en 15 noviembre 2006. Disponible en: <http://www.fisterra.com/material/tecnicas/enema1.asp>
- Procedimientos. Área de enfermería. Servicio Andaluz de Salud. Consejería del Salud http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs2/nc/profesionales/area_de_enfermeria/manual_de_procedimientos_y_registros/procedimientos/
- Bibliografía general.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Criterios de evaluación	¿Consta?
	SI/NO
Registrado procedimiento: fecha, hora y motivo, tipo de enema y efectividad del enema	

4.10. CONTROL DE ASPIRADOS GÁSTRICOS

DEFINICIÓN

Medición del contenido gástrico.

OBJETIVOS

- Cuantificar el contenido gástrico.
- Observar y valorar las características del producto aspirado.

EQUIPO

- Recipiente graduado.
- Pinza de Kocher.

MATERIAL

- Guantes desechables no estériles.
- Bolsa colectora de aspirado.
- Registros de enfermería

PROCEDIMIENTO

- Realizar higiene de manos
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocarse los guantes.
- Pinzar la sonda nasogástrica.
- Desconectar la bolsa colectora.
- Colocar nueva bolsa colectora.
- Despinzar la sonda nasogástrica.
- Asegurarse de fijar la sonda a la cama del paciente, permitiendo la comodidad del paciente.
- Retirar el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar higiene de manos.
- Registrar fecha y hora de comienzo y finalización del control y cantidad de líquido drenado.

BIBLIOGRAFÍA

- Bibliografía general.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
Registro del procedimiento: fecha y hora de comienzo y finalización del control	
Registro en la gráfica de cantidad de líquido aspirado y aspecto	

4.11. BALANCE DEL EQUILIBRIO DE LÍQUIDOS

DEFINICIÓN

Recogida y análisis de los datos del paciente para regular el equilibrio de líquidos.

OBJETIVO

Medir la cantidad de líquidos administrados y eliminados por el paciente, en un tiempo determinado, para hacer la valoración del equilibrio hidroelectrolítico.

EQUIPO

- Báscula
- Cuña o botella
- Recipiente graduado para medir ingesta
- Recipiente graduado para medir diuresis
- Registros de balance hídrico
- Guantes desechables no estériles

PROCEDIMIENTO

- Informar al paciente la razón por la cual se requiere una medición correcta de la ingestión y eliminación de líquidos (Grado C)
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Establecer un plan sistemático para registrar la cantidad de líquidos ingerida en cada turno.
- Realizar higiene de manos.
- Determinar la cantidad de entrada de líquidos del enfermo cada 24 horas, teniendo en cuenta la cantidad de líquidos ingeridos (agua, zumo, leche y/o el agua de la medicación, nutrición enteral, etc.) y los líquidos por vía venosa (transfusiones, medicación o nutrición parenteral, etc.)
- Cuantificar la cantidad de líquidos eliminados cada 24 horas: el total de la diuresis, vómitos, deposiciones líquidas, drenajes, etc.
- Valorar el estado de la piel y mucosas, color de la orina y la aparición de edemas.
- Pesar al paciente.

- Calcular el agua endógena: derivada del metabolismo de los principios inmediatos (glúcidos, proteínas y grasas) y la lisis de los tejidos (a razón de 7-11ml/kg/24 horas)
- Calcular las pérdidas insensibles.
- Contabilizar todos los líquidos ingresados.
- Contabilizar todos los líquidos egresados.
- Realizar el balance de líquidos
 - o Balance de líquidos = ingresos totales - egresos totales
 - o Si el balance es positivo el paciente se encuentra en estado hipervolémico.
 - o Si el balance es negativo el paciente se encuentra en estado hipovolémico.
 - o Si los líquidos ingresados son iguales a las pérdidas, el paciente se encuentra en estado euvolémico.
- Enseñar al paciente y familia como contabilizar los líquidos que ingiere por boca y la diuresis.
- Registrar en la gráfica de constantes vitales: entradas, salidas y balance.
- Anotar fecha y hora de comienzo y finalización del control.

OBSERVACIONES

- Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos (hipertermia, terapia diurética, patologías renales, insuficiencia cardíaca, infección, poliuria, diarrea, etc.)
- Pérdidas por fiebre sostenida superior a 37°C: 75ml/m²/h/grado mayor de 37
- Pérdidas insensibles producidas por evaporación en piel y pulmones: 5ml/kg
- El mantenimiento de registros de la ingesta y eliminación de los pacientes ha sido considerado un aspecto importante en los cuidados de enfermería para evaluar el estado de hidratación (Nivel III)
- El peso diario es valorado conjuntamente con el balance hídrico, sin embargo, su utilidad es escasa debido a las fluctuaciones en el peso corporal y las limitaciones que impone un registro preciso de esta información (Nivel III)
- El control de peso asociado al balance hídrico diario, sólo se debe usar en pacientes con problemas reales (Nivel III).

BIBLIOGRAFÍA

- Procedimientos. Área de enfermería. Servicio Andaluz de Salud. Consejería del Salud http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs2/nc/profesionales/area_de_enfermeria/manual_de_procedimientos_y_registros/procedimientos/
- Bibliografía general.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Criterios de evaluación	¿Consta?
	SI/NO
Registro del procedimiento: fecha y hora de comienzo y finalización del control	
Registro en la gráfica del balance por turno	

