




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 periodo 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 bolsa de orina.
- Cuña o botella.
- Recipiente graduado.

• **Material:**

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

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente sobre la necesidad del control de diuresis y explicarle que no realice micciones en el WC.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Verter la orina en el recipiente graduado y medir.
- Desechar en el WC.
- Si el paciente esta sondado (sistema cerrado), anotar la cantidad de orina de la bolsa en la gráfica y vaciar la bolsa.
- 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:** 

- Los niños que no controlan esfínteres, se medirá por el sistema de doble pesada: pesar pañal seco, luego el mojado y restar el primero al segundo y anotar.

• **Bibliografía:**

- Bibliografía general.

• **Criterios de evaluación:**

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

4.2. CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CONTINENTE DEPENDIENTE

IV

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 inodoro 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.

• **Equipo:**


- Botella.
- Recipiente graduado.
- Palangana.
- Ver equipo procedimiento higiene de los genitales.

• **Material:**

- Ver material procedimiento higiene de los genitales.
- Empapador.
- Detergente.
- Lejía.
- Guantes no estériles.

- Papel higiénico.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Colocarse los guantes.
- Preparar el material.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- 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.
- Retirar la botella al finalizar la micción y llevarla 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.
- Verter la orina en el recipiente graduado y medir, si precisa.
- Desechar en el WC.
- Realizar limpieza y desinfección de la botella.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería diuresis y características de la orina, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Bibliografía:**

- Bibliografía general.

4.2.2. Manejo del orinal tipo cuña

• **Definición:** 

Colocación y retirada de un dispositivo (cuña) para que la paciente pueda llevar a cabo tanto la eliminación urinaria (mujeres) como fecal, 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 fecal y urinaria del paciente encamado.
- Educar al paciente y familia en el manejo de la cuña.

- **Equipo:**

- Recipiente graduado.
- Cuña.
- Ver equipo procedimiento higiene de los genitales.

- **Material:**

- Ver material procedimiento higiene de los genitales.
- Guantes no estériles.
- Papel higiénico.
- Detergente.
- Lejía.
- Empapador.
- Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material.
- Colocarse los guantes.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Ofrecer la botella si es un varón.

- **PACIENTE CON MOVILIDAD:**

Colocar al paciente en decúbito supino con la cabecera de la cama elevada.

Retirar ropa de la cama.

Pedir al paciente que flexione las rodillas y levante 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 cama.

Colocar al paciente en decúbito lateral.

Colocar la cuña bajo las nalgas.

Girar al paciente sobre su espalda con la cuña colocada en las nalgas.

Comprobar que la cuña está centrada bajo el paciente.

Elevar cabecera para su comodidad sino está contraindicado.

- Cubrir al paciente con la sábana superior.

- Proporcionar el papel higiénico.
- Dar tiempo necesario e informar al paciente que nos avise al finalizar.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Colocarse los guantes desechables no estériles.
- Retirar la cuña y trasladarla al sitio destinado para la limpieza.
- Ayudar en la higiene de los genitales.
- Cambiar empapador si precisa y dejar la ropa de la cama bien colocada.
- Proporcionar material para la higiene de las manos.
- 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 lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería el procedimiento, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

- **Bibliografía:**

- Bibliografía general.

4.2.3. Manejo del colector urinario (sonda externa)

- **Definición:**

Colocación en el pene del paciente con incontinencia urinaria de un dispositivo (colector) que reconduce la orina a un recipiente (bolsa).

- **Objetivos:**

- Facilitar la evacuación de la orina en pacientes con incontinencia pero con vaciado vesical completo.
- Educar al paciente y familia en el manejo del colector urinario.

- **Equipo:**

- Soporte para bolsa.
- Ver equipo procedimiento higiene de los genitales.

- **Material:**

- Ver material procedimiento higiene de los genitales.
- Bolsa orina.

- Bolsa para residuos.
- Empapador.
- Equipo colector: funda del tamaño adecuado y banda elástica adhesiva.
- Guantes desechables no estériles.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:** 

- Realizar lavado de manos.
- Preparar todo el material.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocar al paciente en decúbito supino con la cabecera elevada para su comodidad.
- Poner empapador en los glúteos del paciente.
- Retirar pantalón del pijama.
- Realizar higiene de los genitales. Secar el pene sin friccionar.
- Cubrir al paciente dejando expuesto el pene.
- Observar el pene para detectar irritaciones cutáneas, fisuras o inflamación que contraindique el uso del colector.
- Retirar el vello del pene hacia la base.
- Extender la funda, que ya viene enrollada en el equipo, sobre el pene dirigiéndola hacia la base de este, dejando aproximadamente 2,5 cm entre la punta del glande y el final de la funda.
- Fijar la funda al pene sin apretar demasiado con la tira de esparadrapo elástico alrededor de la base del pene y por encima de la funda.

El esparadrapo no debe entrar en contacto con la piel y debe mantener fija la funda, sin impedir la circulación sanguínea.

- 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.
- Retirar los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Observar a los 30 minutos y después 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:**



No debe utilizarse durante largos periodos de tiempo.

- Vigilar posible retención urinaria, así como signos 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.

• **Bibliografía:**

- Bibliografía general.

• **Criterios de evaluación:**

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
Registro del procedimiento: fecha y 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 NIC (0410)

• **Definición:**

Conjunto de actividades que realiza la enfermera 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:**


- Cuña o palangana.
- Toallas.

• **Material:**

- Compresas higiénicas.
- Gasas no estériles.
- Torundas.
- 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.

 var 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:
 1. Instruir al paciente acerca de los alimentos con alto contenido en fibra y vigilar su ingesta.
 2. Asegurar ingesta adecuada de líquidos, de 2 a 3 litros al día si no hay contraindicación.
 3. Ingestión de bebidas calientes, inmediatamente antes de la hora habitual de defecación.
 3. Dedicar para la defecación un tiempo coherente sin interrupciones (de 30-40 minutos). Ir al inodoro a intervalos regulares.
 4. Disponer de intimidad.
 5. Evaluar estado intestinal a intervalos regulares.
 6. 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. Debe evitarse una tensión excesiva, ya que puede causar hemorroides.

- Vigilar por 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 (NIC 0610)

• **Definición:**

Conjunto de actividades que realiza la enfermera encaminados a fomentar la continencia urinaria y a mantener la integridad de la piel perineal.

• **Objetivos:**

- Implantar programa de educación sanitaria para disminuir la incontinencia urinaria.
- Mantener la integridad de la piel de la región perineal.
- 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:**

- Cuña o palangana.
- Toallas

• **Material:**

- Absorbentes de incontinencia desechables.
- Gasas no estériles.
- Torundas.
- 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 (evidencia 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.
- Proporcionar prendas protectoras.
- Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.
- Mostrar una respuesta positiva a cualquier disminución de los episodios de incontinencia. (Grado de recomendación C)
- Limitar los líquidos durante las 2-3 horas anteriores a irse a la cama.
- Enseñar al paciente a registrar la producción y esquema urinario.
- Limitar la ingesta de productos irritantes para la vejiga (colas, café, té y chocolate).
- Llevar a cabo un programa de entrenamiento de la vejiga urinaria (Grado de recomendación A):
 1. Determinar la capacidad de reconocer la urgencia de eliminar.
 2. Mantener un registro de especificación de continencia durante 3 días para establecer el esquema de eliminación.
 3. 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 de recomendación C). El intervalo para ir al aseo debe ser de:
 - Escapes > de 1 hora de intervalo debe programarse el vaciamiento cada hora.
 - Escapes < 1 hora, vaciamiento cada 30 minutos.
 4. Proporcionar intimidad.
 5. Llevar al paciente al aseo si precisa.
 6. Disminuir el intervalo de tiempo de ir al aseo en 30 minutos si se producen más de 3 episodios de incontinencia en 24 horas.
 7. Aumentar el intervalo de ir al aseo en una hora si el paciente no tiene ningún episodio de incontinencia durante 3 días.
 8. Realizar los ejercicios de Kegel.
- 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.

- **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>
- Bibliografía general.

4.3.3. Ejercicios de Kegel

- **Definición:**

Ejercicios musculares que fortalecen la musculatura pélvica y mejoran el control de los esfínteres urinario y anal.

- **Objetivos:**

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

- **Material:**

Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**

- Informar al paciente y explicarle los ejercicios.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Posición del paciente: sentado o de pie con las piernas separadas.
- Explicar al paciente que músculos son los que debe contraer durante el ejercicio (indicarle que imagine que se le van a escapar gases y que aprieta el esfínter del ano para evitarlo)
- Contraer recto, uretra y vagina hacia arriba y mantener contraídos durante 3-5 segundos.
- Realizar 5-6 contracciones al principio y a medida que se van fortaleciendo los músculos aumentar el número. El objetivo es llegar a realizar 30-45 contracciones al día.
- Aconsejar al paciente 10 segundos de relajación tras cada contracción.
- Intentar interrumpir y volver a iniciar flujo de orina al miccionar.
- Enseñar al paciente a controlar la incontinencia por esfuerzo realizando los ejercicios de Kegel cuando tenga que realizar algún esfuerzo (tosar, 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 (evidencia I).

• **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>
- 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.	

4.5. 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:**

- Ver equipo de higiene de los genitales.
- Ver 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 lavado de manos.

- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente y familia del procedimiento.
- 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:
Color: adulto → marrón; lactante → amarillo
Consistencia: formada, blanda, semisólida, húmeda
Cantidad: depende de la dieta
Componentes: pequeñas cantidades de fibra sin digerir, células epiteliales y bacterias muertas, grasa, proteínas...

• **Bibliografía:**

- Bibliografía general.

• **Criterios de evaluación:**

Criterios de evaluación

Registro del patrón de evacuación fecal diario.

4.6. 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 reestablecer el patrón normal de evacuación intestinal.
- Educar al paciente y familia en las medidas higiénico-dietéticas para fomentar la eliminación fecal.

• Equipo:

- Ver equipo de higiene de los genitales.
- Fonendoscopio.

• Material:

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

• Procedimiento:

- Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.
- Comprobar el correcto funcionamiento del fonendoscopio.
- Comprobar movimientos intestinales a través de la auscultación del abdomen.
- Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que puedan ser la causa del estreñimiento.
- Establecer una pauta de ir al aseo.
- Administrar una dieta rica en fibra y abundantes líquidos, si no está contraindicado.
- Instruir al paciente en el uso correcto de los laxantes si precisa.
- Incentivar al paciente para que camine o se mueva en la cama.
- Preservar la intimidad y facilitar el acceso al cuarto de baño.
- Administrar laxantes o enemas prescritos si precisa.
- Extraer la impactación fecal manualmente, si precisa
- Ayudar al paciente a realizar higiene de los genitales, si precisa.
- Dejar al paciente en posición cómoda.
- Registrar en la documentación de enfermería: los cuidados realizados, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

En caso de no ser efectivas estas medidas, comunicarlo al médico responsable del paciente.

• Bibliografía:

- Bibliografía general.

4.7. EXTRACCIÓN MANUAL DE UN FECALOMA**• Definición:**

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

• **Objetivos:**

- Reestablecer 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 lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- 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 lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

☞ As la extracción de fecalomas vigilar la posible aparición de hemorragias rectales.

- Se debe suspender el procedimiento ante la aparición de sangrado, dolor o reacción vagal.

☞ As la extracción de fecalomas es conveniente administrar un enema de 250 cc 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.

4.8. SONDAJES

4.8.1. Sondaje vesical

• **Definición:**

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

• **Objetivos:**

- Controlar la incontinencia urinaria en pacientes incontinentes y críticos.
- Evacuar la vejiga en caso de retención urinaria.
- Prevenir alteraciones relacionadas con la diuresis.

• **Equipo:**

- Batea.
- 2 Paños estériles.
- Ver equipo de higiene de los genitales.
- Pinza de clampar.

• **Material:**

- Esparadrappo hipoalergénico
- Bolsa de orina y soporte.
- Antiséptico diluido.
- 1 Jeringa de 10 c.c. estéril.
- 1 ampolla de 10 ml de agua destilada o suero fisiológico.
- Guantes estériles.
- Guantes desechables no estériles.

- Lubricante urológico anestésico estéril.
- Mascarilla, gorro y bata.
- Sonda vesical Foley del nº adecuado.
- 1 Tapón estéril.
- Ver material de higiene de los genitales.

• Procedimiento

- Realizar lavado de manos.
- Preparar material.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Explicar procedimiento al paciente. La inserción de la sonda puede provocar sensación de orinar, y posiblemente, sensación de ardor.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- 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.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Coloque al paciente en la posición adecuada: Mujer → posición decúbito supino con las rodillas flexionadas y rotadas hacia fuera. Hombre → posición decúbito supino, con las piernas ligeramente separadas.
- Realizar higiene de los genitales.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos antiséptico Aplicar solución de desinfección alcohólica de las manos.
- Preparar el campo estéril depositando el material que se va a utilizar estéril sobre él.
- Colocarse guantes estériles, bata, gorro y mascarilla.
- Comprobar el correcto estado del balón de la sonda inflándolo.
- Lubricar punta del catéter vesical (de 2.5 a 5 cm en las mujeres, y de 15 a 17.5 cm en los hombres)
- Conectar sonda a circuito de drenaje cerrado.
- Si la sonda es de punta curva se introduce con la punta mirando hacia arriba.

HOMBRE:

1. Retirar prepucio y aplicar solución antiséptica en los genitales.
2. Lubricar glánde y parte interna de la uretra introduciendo envase de lubricante estéril.
3. Coger el pene con la mano no dominante y sostenerlo a 90°, retrayendo prepucio y dejando glánde al descubierto.
4. Coger la sonda lubricada con la mano dominante e introducirla por el meato hasta notar un tope.

5. Colocar el pene en posición horizontal 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.
6. Inflar el globo con la jeringa cargada con suero fisiológico o agua destilada (cantidad que indique el fabricante unos 10 ml aprox.) y retirar hasta notar resistencia.
7. Colocar prepucio en posición fisiológica.
8. Colocar la bolsa al soporte y ponerla por debajo de la vejiga del paciente.
9. Fijar sonda con esparadrapo en la cara anterior del muslo.

MUJER: (igual que el hombre excepto)

1. Aplicar el antiséptico a chorro de arriba hacia abajo.
 2. Introducir la sonda vesical abriendo la vulva de la paciente y colocando el pulgar y el índice de la mano no dominante entre los labios menores.
 3. Coger la sonda lubricada con la mano dominante e introducirla por el meato urinario suavemente (progresar el catéter durante la inspiración de la paciente ya que en ese momento se relaja el músculo externo del esfínter).
 4. No insistir si existiera obstrucción o dificultad.
- Dejar al paciente en una posición cómoda.
 - Recoger el material y desecharlo al contenedor según criterios de segregación de residuos.
 - Retirarse los guantes.
 - Realizar lavado de manos.
 - Registrar en la documentación de enfermería: motivo del sondaje, día y hora, tipo y calibre del catéter, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**



complicación más frecuente es la infección urinaria.



cuando exista retención urinaria (globo vesical) no permitir vaciado de más de 250 c.c. de una vez.

- Evitar dobleces o torsiones de la sonda.
- Avisar al médico si transcurrida 1 hora después del sondaje no presentase orina.
- En el sondaje evacuador: retirar la sonda una vez evacuada la orina.

• **Bibliografía:**

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

- Botella Dorta C. Cateterismo o sondaje vesical. [actualizada 01/03/2007, citado en mayo 2007]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/material/tecnicas/cate-tVesical/catetVesical.asp>.
- 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 aspecto de la orina y de la zona de contacto 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	

4.8.2. Retirada de la sonda vesical

• **Definición:**

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

• **Objetivo:**

Retirar la sonda vesical evitando posibles complicaciones.

• **Equipo:**

- Batea
- Recipiente graduado.

• **Material:**

- Bolsa para residuos.
- Empapador.
- Gasas no estériles.
- Guantes desechables no estériles.
- 1 Jeringa de 10 c.c.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar todo el material.

- Preservar la intimidad del paciente.
- Explicar al paciente el procedimiento.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocarse los guantes.
- Colocar al paciente en decúbito supino con las piernas ligeramente separadas cuando sea mujer.
- Poner empapador debajo de los glúteos del paciente.
- Limpiar con solución antiséptica la doble vía.
- Extraer el contenido del globo de la sonda vesical con una jeringa.
- Sujetar el cuerpo de la sonda con una gasa y retirarla suavemente, depositarla en la bolsa de los residuos.
- Comprobar que el volumen de orina en cada micción después de la retirada de la sonda es adecuado.
- Dejar al paciente en posición cómoda.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

Existen pruebas indicativas aunque no concluyentes de un beneficio para el paciente con respecto al retiro de la sonda vesical a la medianoche.

• **Bibliografía:**

- García Plá A, Monedero Alonso L, Hervás Lorente E, Gomís Baldoví S. Técnica sondaje vesical.[monografía en Internet] Hospital La Ribera. Guías clínicas[citado 12 diciembre 2006]. Disponible en: <http://www.hospital-ribera.com/>
- 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.
- Botella Dorta C. Cateterismo o sondaje vesical.[actualizada 01/03/2007, citado en mayo 2007]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/material/tecnicas/cate-tVesical/catetVesical.asp>.
- 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 aspecto de la orina y de la zona de contacto 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	

4.8.3. Cuidados del paciente con sonda vesical

• **Definición:**

Conjunto de actividades que realiza la enfermera 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.

• **Equipo:**

- Ver equipo de higiene de los genitales.
- Ver equipo de lavado vesical.

• **Material:**

- Ver material procedimiento higiene de los genitales.
- Ver material procedimiento lavado vesical.
- Solución antiséptica.
- 1 Jeringa de 50 ml.
- Suero fisiológico.
- Registros de enfermería

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar material.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar del procedimiento al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocarse los guantes no estériles.

- 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.
- Lavar sonda externamente con agua y jabón, al menos 2 veces al día.
- Comprobar en cada turno la permeabilidad de la sonda.
- Realizar lavado vesical en caso de obstrucción de la sonda, introduciendo de 30-50 c.c. de suero fisiológico
- Aspirar suavemente o conectar a bolsa para ver permeabilidad.
- Cambiar bolsa cada 7-14 días y siempre que se obstruya el grifo.
- Cambiar la sonda cada 20-25 días si es de látex y si es de silicona cada 8 semanas.
- Mantener la bolsa de diuresis por debajo del nivel del paciente. Pinzar el sistema si se ha de elevar la bolsa por encima del nivel del cuerpo del paciente.
- Dejar al paciente en posición cómoda.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería el procedimiento realizado, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**



- Evitar decúbitos de la sonda (en los genitales o zonas de roce de la sonda o el sistema)
- Evitar desconexiones de la sonda innecesarias.
- Utilizar sistemas cerrados.
- Si hay que pinzar la sonda realizarlo por el tubo de drenaje.
- Observar si hay hematuria o dolor.
- Evitar que la sonda presente dobleces o torsiones.
- Si existe signos y síntomas de infección urinaria, cursar muestra de urocultivo.

• **Bibliografía:**

- García Plá A, Monedero Alonso L, Hervás Lorente E, Gomís Baldoví S. Técnica sondaje vesical.[monografía en Internet] Hospital La Ribera. Guías clínicas[citado 12 diciembre 2006]. Disponible en: <http://www.hospital-ribera.com/>
- 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.
- Botella Dorta C. Cateterismo o sondaje vesical.[actualizada 01/03/2007, citado en mayo 2007]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/material/tecnicas/cate-tVesical/catetVesical.asp>.
- 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 aspecto de la orina y de la zona de contacto 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	

4.8.4. 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.
- 1 Jeringa de 50 c.c. estéril.
- Solución antiséptica.
- Gasas estériles.
- Guantes estériles, mascarilla, bata y gorro.
- Empapador.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar material.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocar al paciente en decúbito supino.
- Colocarse 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 empapador debajo de la zona de unión del sistema de drenaje.
- Colocar paños estériles y depositar el material estéril sobre ellos.
- Colocarse la bata, la mascarilla, los guantes estériles y el gorro.

1. Lavado intermitente con sistema cerrado:

Se precisa sonda vesical de 3 vías

Limpia con antiséptico zona de conexión entre sonda y sistema de lavado y conectar.

Despinzar el sistema de lavado y regular velocidad de infusión.

Tras entrar unos 100 ml de líquido o lo prescrito, volver a pinzar.

Mantener unos minutos el líquido en vejiga (10 min)

Evacuar el líquido por el sistema de drenaje y repetir varias veces.

Realizar balance de entradas y salidas y características de drenaje.

2. Lavado continuo con sistema cerrado:

Se precisa sonda vesical de 3 vías.

Limpia con el antiséptico la zona de conexión y conectar.

Despinzar sistema de lavado y calcular velocidad de irrigación (normal 40-60 gotas/min).

Realizar balance y comprobar características del líquido drenado.

3. Lavado del catéter con sistema abierto:

Se precisa sonda vesical de dos vías.

Limpia con antiséptico la zona de conexión.

Pinzar sonda con pinza Kocher.


Cargar jeringa con 50 c.c. de solución de irrigación y conectar a sonda.

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 y observar características del líquido drenado.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en posición cómoda.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.

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

• **Observaciones:**

-  método cerrado es la técnica de elección para una irrigación vesical o con sonda porque esta asociado a un menor riesgo de infección. En ocasiones, puede ser necesario una irrigación abierta para reestablecer 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 posible obstrucción de la sonda.
- La solución de irrigación ha de estar siempre a temperatura ambiente.
- Técnica estéril en todo tipo de lavado. la técnica debe ser estéril
- Aumentar ingesta de líquidos (si no está contraindicado) para asegurar el normofuncionamiento renal y evitar obstrucción de la sonda.
- Comunicar al médico: oclusión del catéter, sangrado, dolor, distensión abdominal o espasmos.

• **Bibliografía:**

- García Plá A, Monedero Alonso L, Hervás Lorente E, Gomís Baldoví S. Técnica sondaje vesical.[monografía en Internet] Hospital La Ribera. Guías clínicas[citado 12 diciembre 2006]. Disponible en: <http://www.hospital-ribera.com/>
- 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 aspecto de la orina y de la zona de contacto 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	

4.8.5. Sondaje rectal

• **Definición:**

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

• Objetivos:

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




• Equipo:

- Toallas.
- Cuña o palangana.

• Material:

- Compresas higiénicas.
- Torundas.
- Esponja.
- Jabón neutro.
- Guantes no estériles.
- Sonda rectal del calibre adecuado.
- Gasas no estériles.
- Lubricante hidrosoluble.
- Empapador.
- Esparadrapo antialérgico.
- Bolsa de basura.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material.
- Preservar intimidad del paciente.
- Explicar el procedimiento al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocarse guantes no estériles.
-  Colocar al paciente en posición de Sims
-  Lubricar la sonda rectal abundantemente, unos 10 cm desde su punta.
- Separar la nalga y localizar el ano.
- Indicar al paciente que respire profundamente e introducir la sonda lentamente en dirección al ombligo.  Administrar enema insertar 7-10 cm para evacuar gases 10-15 cm (en adultos). En niños unos 5 – 7,5cm. En bebé 2,5-3,5
- Fijar sonda con esparadrapo y conectar a un sistema de drenaje elegido o a la cuña.
- Retirar la sonda lentamente.
- Realizar higiene de los genitales, si precisa.
- Dejar al paciente en posición.

- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado 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. puede producir lesiones en la mucosa rectal
- Tener precauciones especiales en pacientes con arritmias por posible reacción vagal.
- Ante la presencia de hemorroides y fistulas pedir al paciente que realice el esfuerzo de defecar a la hora de introducir la sonda.

• **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
- Bibliografía general.

• **Criterios de evaluación:**

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

4.9. ADMINISTRACIÓN DE ENEMAS DE LIMPIEZA Y RETENCIÓN

• **Definición:**

Introducción de una solución líquida en el recto o colon sigmoideo a través del ano, 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:**

- Ver equipo de sondaje rectal.
- Ver equipo de higiene de los genitales.

- Soporte del sistema de irrigación.
- Cuña.
- Pinza de clampar.

• **Material:**

- Ver material de sondaje rectal.
- Ver material de higiene de los genitales.
- Solución a irrigar.
- Sistema de irrigación y soporte.
- Empapador.
- Bolsa de residuos.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:** 

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material.
- Comprobar prescripción e identidad del paciente.
- Preparar la solución prescrita con el agua a temperatura templada.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento a realizar.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Colocar al paciente en posición de Sims izquierdo. Esta posición facilita el flujo de la solución por gravedad en el colon sigmoideo y descendente.
- Si es preparado comercial: Introducir la cánula por el ano previamente lubricada y plegar el recipiente sobre sí mismo para vaciarlo.
- Si no es preparado comercial, colocar el sistema del enema sobre el soporte a una altura de 30-35 cm por encima del ano.
- Colocar el empapador debajo de las caderas y nalgas del paciente.
- Conectar la sonda rectal al sistema de irrigación.
- Purgar el sistema y pinzarlo.
- Realizar procedimiento de sondaje rectal.
- Despinzar el sistema y administrar la solución. Temperatura adecuada 37-40° Celsius.
- Pinzar y retirar la sonda cuando se haya instilado la solución.
- Si el paciente no retiene o refiere plenitud cerrar unos 30 segundos y luego continuar.
- Informar al paciente que debe retener 5-10 minutos. Si es un enema de retención unos 30 minutos o el tiempo prescrito.
- Facilitar el acceso al cuarto de baño o colocarle la cuña.

- Observar aspecto de heces.
- Ayudar o realizar la higiene de los genitales.
- Dejar al paciente en 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:**

- La longitud de la sonda a introducir será en adultos 7-10 cm, en niños 5-7,5 cm y en lactantes 2,5-3,5 cm.
- La lavativa de Harris es similar al enema de limpieza excepto:
 1. La sonda rectal se introduce 25-30 cm.
 2. Se administra 500 c.c solución salina tibia.
 3. 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 paciente, repitiendo no más de 3 veces.
- Si el paciente tiene incontinencia fecal colocar sonda rectal con balón.
- Contraindicaciones del procedimiento: sospecha de obstrucción intestinal, dolor abdominal agudo y pacientes cardíacos.

• **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/enema/enema1.asp>
- Bibliografía general.

• **Criterios de evaluación:**

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

4.10. CUIDADOS AL PACIENTE OSTOMIZADO

4.10.1. Cuidados del estoma urinario

• **Definición:**

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

• Objetivos:

- Mantener la permeabilidad del estoma urinario.
- Mantener el estoma urinario en condiciones de higiene.
- 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:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar material.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Explicar el procedimiento al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Colocar al paciente en decúbito supino con el empapador bajo el paciente.
- Retirar la bolsa usada suavemente de arriba hacia abajo, sujetando la piel con la otra mano.
- Limpiar el estoma y piel periestomal de dentro hacia fuera con movimientos circulares, utilizando agua tibia y jabón neutro.
- Secar bien el estoma y la piel circundante.
- Observar el aspecto del estoma y la zona de alrededor.
- Medir diámetro del estoma y recortar el disco.
- Seleccionar bolsa apropiada a las características de la ostomía.
- Retirar papel protector y aplicar disco sobre estoma con masaje tanto interior como exterior del aro, para conseguir una buena fijación del apósito.

- Aplicar la bolsa colectora al disco mediante los aros de conexión. De abajo hacia arriba.
- Si apareciera dermatitis de 2º grado, aplicar apósito protector tipo hidrocoloide o hidrogel, ajustándolo al diámetro del estoma y colocar el dispositivo de dos piezas encima.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en posición cómoda.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería el procedimiento realizado, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Los dispositivos deben cambiarse cuando la bolsa alcance los dos tercios de su capacidad. En casos 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.
- Si existe infección de la herida quirúrgica comunicarlo al médico y curar con suero fisiológico y solución antiséptica cada 24 horas.
- Las bolsas para urostomías suelen ser abiertas para vaciar la orina sin tener que cambiar la bolsa.
- Si no existe contraindicación, aumentar la ingesta de líquidos, la orina ha de ser lo menos concentrada posible.
- Evitar un aumento excesivo de peso del paciente.
- El paciente debe llevar ropa cómoda evitando comprimir la bolsa.
- Concienciar al paciente y familia que el estoma no es un obstáculo para el baño o ducha.
- Para educación inicial al paciente sobre los cuidados del estoma evitar las horas tras las comidas porque aumenta la actividad intestinal.

• **Bibliografía:**

- Bibliografía general.
- Iglesias A. Manejo de los estomas digestivos/urinarios [actualizado 02/102006; citado en 17 de mayo 2007]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/material/tecnicas/estomas/estomas.asp.asp>

• **Criterios de evaluación:**

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

4.10.2. Cuidados de las ostomías digestivas

• **Definición:**

Conjunto de actividades que realiza la enfermera ante un paciente con ostomías digestivas.

• **Objetivos:**

- Mantener la permeabilidad de la ostomía digestiva.
- Prevenir posibles complicaciones.
- Mantener la integridad de la piel periestomal.
- Educar al paciente y familia en los cuidados de mantenimiento de las ostomías digestivas.

• **Equipo:**

- Batea.
- Carro de curas.
- Toallas.
- Tijeras.

• **Material:**

- Bolsa drenaje ostomías.
- Bolsa residuos.
- Empapador.
- Gasas no estériles.
- Guantes no estériles.
- Jabón neutro.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Instruir al paciente y familia en la utilización del equipo de ostomía.
- Ayudar al paciente y familia a elegir el equipo de ostomía que más se adapte a las características del tipo de ostomía que le hayan realizado. Ileostomías y

colostomías derechas las heces son más líquidas por lo que es más adecuado un sistema abierto; las colostomías izquierdas las heces son más sólidas por lo que van bien los sistemas cerrados.

- Observar la curación de la incisión o estoma.
- Vigilar posibles complicaciones postoperatorias como la obstrucción abdominal, el íleo paralítico, fisura de la anastomosis o la separación de la mucosa cutánea.
- Cambiar y vaciar la bolsa de la ostomía, si procede (ver procedimiento de cambio del dispositivo colector de la colostomía)
- Ayudar al paciente y familia a practicar los autocuidados.
- Animar al paciente y familia a expresar los sentimientos e inquietudes acerca del cambio de imagen corporal.
- Enseñar al paciente y familia a vigilar la presencia de posibles complicaciones como rotura mecánica, química, exantema, fugas, deshidratación, infección, etc.
- Instruir al paciente y familia acerca de los mecanismos para disminuir el dolor.
- Instruir al paciente y familia acerca de la dieta adecuada dependiendo del tipo de ostomía.
- Proporcionar apoyo y asistencia mientras el paciente desarrolla la técnica del cambio de bolsa.
- Enseñar al paciente a masticar bien los alimentos, beber líquidos en abundancia, a añadir un alimento nuevo cada vez para observar las posibles intolerancias.
- Enseñar al paciente y familia a hacer dilataciones periódicas del estoma con el dedo índice y vaselina.
- Comentar sus preocupaciones acerca del funcionamiento sexual.
- Instruir al paciente sobre el tipo de vestido: cómodo y que no ejerza presión directa sobre el estoma.
- Fomentar las visitas al paciente por parte de personas de grupos de apoyo con el mismo estado.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Bibliografía:**

- Bibliografía general.
- Iglesias A. Manejo de los estomas digestivos/urinarios [actualizado 02/102006; citado en 17 de mayo 2007]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/material/tecnicas/estomas/estomas.asp>

• **Criterios de evaluación:**

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

4.10.2.1. Cambio del dispositivo colector de la ostomía digestiva

• **Definición:**

Conjunto de actividades que realiza la enfermera con el paciente o la familia para sustituir el 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.
- Tijera.
- Toalla.

• **Material:**

- Bolsa de drenaje de ostomía.
- Bolsa de residuos.
- Empapador.
- Gasas.
- Guantes no estériles.
- Jabón neutro.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Preservar la intimidad del paciente.

- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocar al paciente en posición decúbito supino con el abdomen al descubierto.
- Proteger la ropa de la cama con el empapador.
- Retirar suavemente la bolsa usada (evitando tracciones de la piel) desde arriba hacia abajo, se debe retirar cuando la bolsa esté medio llena, tenga fuga o produzca incomodidad o picor.
- Retirar los restos de heces con una gasa humedecida en agua.
- Limpiar estoma y la piel periestomal con agua tibia y jabón neutro.
- Secar bien el estoma y la piel circundante.
- Observar estado de piel y estoma.
- Colocar el dispositivo limpio. Recortar según sea el estoma.
- Desechar la materia fecal en el WC y el resto de material en la bolsa de residuos.
- Retirarse los guantes.
- Dejar al paciente en posición cómoda.
- Lavarse las manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: cantidad, aspecto, textura, color de las heces y aspecto del estoma, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- La irritación cutánea es la complicación más frecuente en el paciente ostomizado.
- En la ileostomía se tendrá especial cuidado con la piel circundante.
- 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 02/102006; citado en 17 de mayo 2007]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/material/tecnicas/estomas/estomas.asp.asp>
- Bibliografía general.

• **Criterios de evaluación:**

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

4.10.2.2. 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.
- Lubrificante.
- Suero fisiológico.
- Sistema de irrigación y soporte.
- Dispositivo de drenaje de ostomía.
- Empapador.
- Bolsa de residuos.
- Jabón neutro.
- Registros de enfermería

- **Procedimiento:**

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

- Recoger el material.
- Dejar al paciente en posición cómoda.
- Retirarse los guantes.
- Realizar 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 cantidad a irrigar ha de ser de 500 c.c.

• **Bibliografía:**

- Iglesias A. Manejo de los estomas digestivos/urinarios [actualizado 02/102006; citado en 17 de mayo 2007]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/material/tecnicas/estomas/estomas.asp.asp>
- Bibliografía general.

• **Criterios de evaluación:**

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

4.11. CONTROL DE ASPIRADOS GÁSTRICOS

• **Definición:**

Medición del contenido gástrico.

• **Objetivo:**

- 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 lavado de manos.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- 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 lavado de manos.
- Anotar 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.	

4.12. 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.
- Soporte bolsa orina.

• **Material:**

- Guantes desechables no estériles.
- Bolsa de orina.
- Pañal-braga.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Determinar la cantidad, tipo de ingesta de líquidos y los hábitos de eliminación.
- Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos (hipertermia, terapia diurética, patologías renales, insuficiencia cardiaca, infección, poliuria, diarrea, etc.)
- Medir y registrar todas las entradas de líquido: comidas, medicación oral, líquidos intravenosos, hemoderivados, nutrición parenteral, etc.
- Medir y registrar todas las salidas: orina, drenados, deposiciones líquidas, sudor, vómitos, aspiración gástrica, etc.
- Pesar cada 24 horas.
- Añadir como salidas las pérdidas insensibles. Calculadas según la fórmula: $PI = \text{peso} \times n^\circ \text{ horas} / 2$
- Restar salidas a entradas y anotar en la gráfica.
- Al cerrar el balance contabilizar la cantidad perfundida y la que queda por perfundir.
- Anotar fecha y hora de comienzo y finalización del control.

• **Observaciones:**

Observar el estado de piel y mucosas, color de la orina, e demás, ascitis, etc.

• **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 del balance por turno	

