

PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON EL APARATO DIGESTIVO

INTRODUCCIÓN:

1. TÉCNICAS DE AYUDA A LA ALIMENTACIÓN
 - 1.1. ALIMENTACIÓN POR VÍA ORAL
 - 1.2. NUTRICIÓN ENTERAL
 - A. Tipos de sondas.
 - B. Sondaje nasogástrico(enfermería).
 - C. Vías de administración de NE, preparación de nutrientes.
 - D. Métodos de administración.
 - E. Protocolo.
 - F. Cuidados y complicaciones.
 - 1.3. NUTRICIÓN PARENTERAL
2. TÉCNICAS DE AYUDA A LA ELIMINACIÓN
 - 2.1. SONDAJE RECTAL
 - 2.2. ADMINISTRACIÓN DE ENEMAS
 - 2.3. RECOGIDA DE HECES
 - 2.4. EL PACIENTE OSTOMIZADO
3. EL VÓMITO

1.- TÉCNICAS DE AYUDA A LA ALIMENTACIÓN:

1.1. ALIMENTACIÓN POR VÍA ORAL:

Después de preparadas las dietas en la cocina del hospital a partir de **la planilla** que cada sala de hospitalización envía diariamente (con la indicación del Servicio de Dietética), se distribuyen a las plantas en **carros isotérmicos**, por ascensores destinados para este uso. Estos carros incluyen las **bandejas de comidas individuales**. Después de la comida, los servicios se recogen en el carro y en la cocina se procede a su limpieza y desinfección.

La alimentación suele comprender: desayuno, comida, merienda y cena. Cada sala de hospitalización cuenta con un **office o cocina** donde pueden prepararse purés, papillas, zumos o infusiones.

Cuando los carros llegan a las plantas, se dejan en los pasillos y los **TCAE**, junto con los **enfermer@s** (que supervisa y colabora), comprueban en la **planilla de dietas** que los alimentos incluidos en cada bandeja son los permitidos en función del tipo de dieta. Los tipos de dieta se identifican por un código numérico o de color.

Después, las bandejas se distribuyen a los pacientes, cerradas y con los alimentos servidos. Tanto si el paciente puede comer solo como si necesita ayuda, deben cuidarse varios aspectos o normas generales.

A la hora de la comida, para aquellos pacientes que toman alimentación oral, debemos tener en cuenta que se repartirán las bandejas de comida en **primer lugar a los pacientes que no**

precisen ayuda para comer (cuidando de que tengan todo a su alcance) y después a los que sí precisen ayuda. Se prestará ayuda cuando el paciente tenga limitaciones que le impidan comer solo.

A. Protocolo de ayuda al paciente que NO come solo.

Materiales: Impreso o planilla de dietas, carro térmico, bandeja individual con alimentación adecuada de comida y bebida, cubiertos, pajitas y vaso, servilleta, mantel desechable.

1. Lavarse las manos, comprobar que los alimentos corresponden a los de la dieta del paciente.
2. Sentar al paciente en la cama o en una silla; si no se puede levantar incorporar a posición de Fowler (si no está contraindicado), se colocará la bandeja a una distancia que le permita ver su contenido.
3. La mesa donde se pondrá la bandeja, debe regularse a la altura adecuada
4. Colocar la servilleta alrededor del cuello y ofrecerle la comida en el orden que prefiera.
5. Animar primero al paciente, ayudando a su independencia (en los invidentes, ayudar a localizar los alimentos, p.e., con las horas de un reloj).
6. No deben administrarse trozos de comida demasiado grandes ni se de llenar demasiado la cuchara, para evitar que se atragante o se derrame lo que está tomando.
7. Avisar al paciente si la comida está fría o caliente
8. Dar tiempo a masticar y deglutir antes de ofrecerle más
9. Proporcionar líquidos cuando los pida; si él no puede pedirlos, ofrecerlos después de 3 ó 4 porciones de comida.
10. Cuando termine, observar cuánto comió y bebió o cualquier incidencia (dolor, fatiga, náuseas, si no comió...) y anotar en registro de enfermería.
11. Limpiarle los labios con la servilleta y al finalizar, facilitarle el equipo y ayuda necesaria para realizar la higiene bucal.

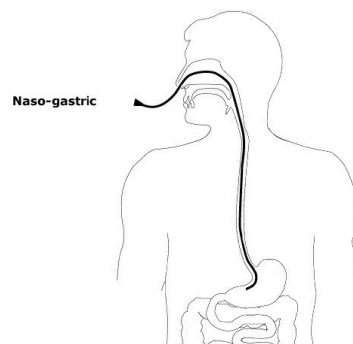
1.2.- NUTRICIÓN ENTERAL (NE).

En ocasiones, en pacientes que no pueden/no quieren alimentarse por vía oral (problemas de masticación, deglución, por enfermedades o intervenciones quirúrgicas digestivas, anorexia nerviosa, cáncer, etc, emplearemos la Nutrición enteral (NE), que consiste en *aportar alimento a través de una sonda al tracto gastrointestinal*

Para esto, se emplean las **SONDAS NASOGÁSTRICAS/NASOENTÉRICAS**, que son tubos de diversos materiales (PVC, silicona, poliuretano), longitudes y grosores, que se colocan a través de la nariz en el estómago (si intestino delgado, es nasoenteral).

Las sondas no sólo se usan para alimentación, sino también para poder **aspirar contenido del estómago (y analizarlo), o en casos de varices esofágicas, por ejemplo.**

Cada tipo de sonda tiene distinto **calibre**, que se identifica por un número que equivale a la unidad de la escala francesa de Charrière o **French** (1 Fr = 0,33 mm).



A. Tipos de sondas.

En función de la técnica empleada para su inserción, tenemos:

- **NO quirúrgicas:** son finas, flexibles y con mayor o menor longitud en función de donde se van a alojar:
 - o **Nasogástricas:** por nariz o boca hasta el estómago (suelen medir de 50 a 120 cm de longitud). Pueden ser de una luz (Sonda **Levin**), dos luces (Sonda de **Salem**) o tres luces (Sonda **Sengstaken-Blakemore**).

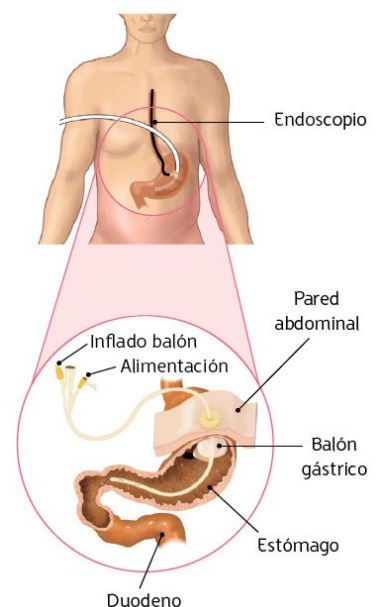


- o **Nasoentéricas:** desde nariz o boca hasta duodeno o yeyuno. Son más largas, finas y flexibles que las nasogástricas, por lo que resultan menos irritantes. Suelen medir entre 91 y 300 cm. Pueden ser de **una luz** (Sonda **Nutrisoft**) o **doble luz** (Sonda **Miller-Abbott**).



La desventaja de las sondas flexibles es que son difíciles de colocar, por lo que pueden incorporar un fiador y también un lastre, para que evitar que se mueva. También pueden llevar globo distal.

- **Quirúrgicas:** requieren de la realización de un orificio quirúrgico (ostomía) para acceder al tracto digestivo, desde el abdomen, a través del cual se inserta una sonda por donde se administra la nutrición. Se usan en lesiones en boca o esófago, alteraciones neurológicas (ACV, ELA, parálisis cerebral...), y en general, en pacientes que requieran esta nutrición por más de 30 días. En la actualidad, el procedimiento de elección, por su facilidad de inserción y de mantenimiento, es la gastrostomía endoscópica percutánea (PEG), que no precisa de la apertura de la cavidad abdominal ni de la utilización de puntos de sutura para la fijación de la sonda. Suele realizarse en adultos con anestesia local y sedación. Su colocación requiere un endoscopio que dirige la sonda hasta el estómago.



Dado que el uso de sondas nasogástricas a largo plazo, está contraindicado, el PEG resulta ser la opción de elección para estos pacientes.

B. Sondaje nasogástrico(enfermería)

Recursos materiales:

Guantes estériles, sonda digestiva de calibre adecuado (nasogástrica o nasoentérica), lubricante hidrosoluble, vaso de agua, jeringa de 50 o 100 ml, batea, bolsa colectora terminal o sistema de aspiración, esparadrapo hipoalergénico, fonendoscopio, depresor lingual, y tapón de sellado.

Para la retirada: Guantes, jeringa, batea, toalla, suero fisiológico, pinza de plástico o tapón de sonda.

Protocolo de actuación de COLOCACIÓN DE LA SONDA:

1. Lavar las manos con jabón antiséptico o con solución hidroalcohólica, explicar al paciente lo que se va a hacer y pedir su colaboración.
2. Preparar material. Preservar intimidad.
3. Colocar al paciente en Fowler o semiFowler (si no está contraindicado) si no DL.
4. Cubra pecho con la toalla y tenga cerca la batea por riesgo de vómito
5. Ponerse los guantes
6. Examinar permeabilidad de fosas nasales, valorar el reflejo de deglución, quitar prótesis.
7. Calcular aproximadamente la longitud de la sonda necesaria para llegar al estómago.
Se realiza midiendo desde la **punta de la nariz al lóbulo de la oreja, y desde ahí al apéndice xifoides del esternón(ROJO)**. Generalmente las sondas tienen marcas orientadoras a los 45-50 cm.
8. Lubricar el extremo distal de la sonda con agua o lubricante hidrosoluble y colocar al paciente con la **cabeza en hiperextensión para facilitar la introducción** hacia la nasofaringe. **Luego flexionar la cabeza hacia el pecho.**
9. Sujetar la sonda a unos 7,5 cm del extremo e introducirla con la otra mano en las fosa nasal empujando el tubo suavemente hacia adelante y hacia abajo.
10. Coordinar la maniobra de introducción de la sonda con los movimientos de deglución del paciente para facilitar la progresión. Si hay **disfagia y tiene reflejo de deglución** podemos **dar agua con una jeringa 1 o 2 cc** e indicar que trague a la vez que avance la sonda. NO dar agua si tiene disfagia y NO presenta reflejo de deglución.
11. En pacientes inconscientes se ayuda con el laringoscopio y las pinzas Magill. También flexionando la cabeza hacia el pecho
12. Son útiles los **movimientos giratorios**. Si se encuentra resistencia, tirar del tubo e introducirlo de nuevo. Si no se puede consultar al médico.
13. Comprobar la colocación correcta de la sonda:
 - Radiografía de tórax y abdomen
 - **Aspirar con jeringa 50cc** de contenido gástrico y **medir el pH** con papel indicador
- ❖ Hay prácticas que actualmente **NO se recomiendan** como son la de colocar el extremo de la sonda en un vaso comprobando si burbujea (estará insertada en respiratorio) o insuflar aire a través de la sonda y comprobar mediante auscultación.
14. Fijar la sonda con esparadrapo hipoalérgico para evitar lesiones (úlceras por presión en el ala de la nariz).
15. Según la finalidad del sondaje, dejar la sonda tapada o conectada a una bolsa colectora o de aspiración o al sistema de nutrición.
16. Acomodar al paciente, recoger el material, ordenar la habitación y lavarse las manos.

17. Registrar los datos relacionados con el procedimiento en la historia de enfermería.

FINALIDADES SNG:

- Alimentación
- Administración de medicamentos
- Aspiración gástrica
- Irrigación y lavado de estómago



• **Protocolo de RETIRADA de la sonda nasogástrica**

1. Lavarse las manos y ponerse los guantes.
2. Explicar al paciente lo que se va a hacer, haciéndole ver la importancia de su colaboración.
3. Colocar al paciente en posición de Fowler y proteger la cama con una toalla o protector.
4. Retirar el sistema de fijación de la sonda (cinta adhesiva).
5. Hacer girar la sonda para comprobar que se mueve libremente; si no fuese así, irrigarla con suero fisiológico.
6. Pinzar la sonda y pedir al paciente que haga una inspiración profunda mientras se extrae.
7. Recoger el **material, asear al paciente** y dejarlo instalado cómodamente.
8. Lavarse las manos y registrar el procedimiento.

C. Vías de administración de NE, preparación de nutrientes

La administración puede realizarse a través de **sonda nasogástrica, sonda nasoentérica y sondajes de implantación quirúrgica o endoscópica (PEG)**.

Para la nutrición enteral, pueden emplearse **alimentos triturados en puré o papillas**, pero suele prepararse a partir de **preparados comerciales o a partir de polvo liofilizado**, que se disuelve en agua o líquidos en el servicio de **Farmacia Hospitalaria**. Se preparan industrialmente por hidrólisis de alimentos naturales, con adición de minerales, oligoelementos y vitaminas.

Los preparados comerciales tienen las siguientes ventajas:

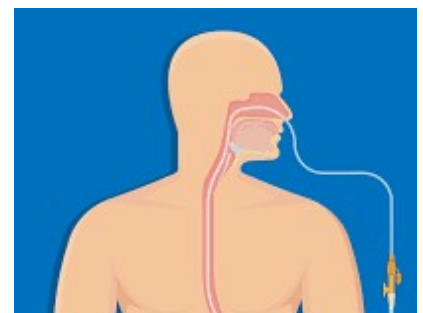
- Su composición es constante y conocida.
- Tienen un valor nutritivo completo.
- Son fáciles de preparar, administrar y controlar.
- Su administración es más fisiológica y menos traumática para el paciente.



D. Métodos de administración

• **Jeringa de alimentación**

Es el método tradicional; suele utilizarse una jeringa **de 50 mL o de 100 mL** y se realiza una **administración intermitente** mediante emboladas de 200-400 mL, generalmente cada 4-6 horas, lo que



hace que el proceso dure aproximadamente 15 minutos. Se emplea con una PEG o sonda nasogástrica.

- **Sistema de goteo:**

La solución nutritiva se presenta en una **bolsa apropiada** o se introduce en ella, **conectándola a un sistema de perfusión con cámara cuentagotas**. Se suele conectar mientras el paciente está despierto y desconectar por las noches. La bolsa se cuelga en un soporte de sueros y se administra la solución a la frecuencia de flujo apropiada (**número de gotas por minuto**), por la acción de la gravedad. Puede utilizarse con sonda nasogástrica y PEG no obstruidas.



- **Bomba de infusión enteral o nutribomba:**

Se utiliza una bomba de infusión en la que se **ajusta la velocidad de entrada (mililitros/hora)** de la solución nutritiva al interior del tubo digestivo. Es un método de **administración continua**. Suele emplearse con sonda **nasoentérica o de gastrostomía**. Es de fácil manejo y consta de **alarmas ópticas y acústicas** ante fallos en la infusión, acodamiento, burbujas, fallo de la batería o finalización.



E. Protocolo de administración

Recursos materiales

Fórmula enteral, vaso con agua, jeringa de alimentación (50 mL) de cono grueso o sistema de perfusión, batea, servilleta y guantes no estériles.

Protocolo de actuación

1. Comprobaciones: paciente, indicación de la fórmula, fórmula enteral, alergias, caducidad, dosis, vía y hora.
2. Lavarse las manos y ponerse los guantes, explicar el procedimiento al paciente y pedirle su colaboración.
3. Ponerlo en una posición cómoda (Fowler), colocarle la servilleta. Verificar la inserción correcta de la sonda (mediante medición pH)(pH<5.5 inserción correcta)
4. Destapar la sonda e **irrigar con 30 mL de agua** estéril, aproximadamente (para comprobar la permeabilidad).
5. En ocasiones, previamente se comprueba la tolerancia verificando el contenido gástrico residual, **que no debe exceder de 150 mL**.
6. Aspirar la fórmula, **conectar la sonda con el cono de la jeringa e introducir el alimento** de forma **lenta y continua, por gravedad** o ejerciendo una ligera presión. Debe estar templado(puede calentarse a baño María)
7. Después de introducir el volumen indicado, **irrigar la sonda con 30 mL de agua** (para evitar la formación de costras, la obstrucción de la sonda y la reproducción bacteriana).
8. **Tapar la sonda y retirar el equipo**, acomodar al paciente, dejándole **un tiempo en la posición de Fowler** para **evitar reflujo** gastroesofágico (por el riesgo de broncoaspiración).
9. Observar la **tolerancia del paciente a la dieta** (sensación de plenitud, náuseas, vómitos, diarrea).
10. Comunicar las incidencias y datos observados al Enfermer@ para su registro.

F. Cuidados y complicaciones

Cuidados de la sonda nasogástrica:

1. Comprobar posición correcta (marca) cada 24 h y:
 - Una vez por turno en alimentación continua
 - Previo a la administración de alimentación por bolo o medicación
 - Si presenta flujo o molestias
 - Después de náuseas y vómitos
 - Después de ataques de tos
2. Cambiar diariamente el punto de fijación de la nariz y rotar la sonda, para evitar UPP
3. Mantener la permeabilidad de la sonda:
 - Lavar con 30-50 ml de agua después de la administración de bolo de alimentación enteral, fármacos o cada 4-6 horas en alimentación continua (al menos una vez por turno)
 - Emplear presentaciones líquidas de fármacos. Si no, valorar posibilidad de disolver o triturar
 - No mezclar medicación y alimentación
 - Si oclusión de la sonda, inyectar 5 ml de agua tibia y cerrar durante 5 minutos. Repetir proceso si fuera necesario.
4. Lavar por fuera diariamente con agua tibia.
5. Cambiarla periódicamente, siguiendo las indicaciones del fabricante

Cuidados al paciente:

1. Realizar higiene de manos y colocar guantes no estériles.
2. Realizar limpieza nasal (con una gasa humedecida en suero fisiológico).
3. Realizar o ayudar al paciente en la higiene bucal 3 veces al día y lubricar labios. Se puede realizar cepillado dental, salvo situaciones que lo impidan.
4. Acomodar al paciente.
5. Recoger el material empleado.
6. Retirar los guantes y realizar la higiene de manos (lavado de manos rutinario, según el procedimiento).

Complicaciones más frecuentes de la NE.

- Erosiones nasales: úlceras y fisuras
- Obstrucción de la luz de la sonda
- Neumonías, por broncoaspiración
- Gastroenteritis, por contaminaciones
- Intolerancias digestivas, diarrea, estreñimiento, vómitos, dolor abdominal...

1.2.- Nutrición parenteral (NPT).

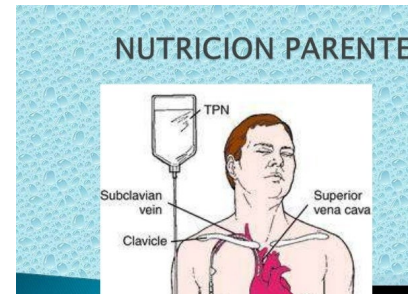
Es la administración por vía endovenosa de nutrientes previamente preparados. Los catéteres por donde se administran pueden ser periféricos o centrales.

Está indicada en pacientes que no toleran la nutrición oral y/o enteral y su uso se realiza bajo control analítico diario, pautando el médico la nutrición del día.

Se administra por una bomba de infusión isovolumétrica.

Complicaciones:

- **Relacionadas con el equipo:** desplazamiento del catéter intravenoso. Obstrucción, desconexiones, extravasaciones.
- **Infecciones:** Supone la complicación más temible y frecuente, puede provocar **septicemia**.
- **Trastornos metabólicos y nutricionales:** Hiperglucemia, hiperlipemia, reacciones de intolerancia al aporte de lípidos, desequilibrios electrolíticos.



2- TÉCNICAS RELACIONADAS CON LA AYUDA A LA ELIMINACIÓN APARATO DIGESTIVO:

2.1. SONDAJE RECTAL

Sondaje rectal: introducción de un catéter rectal a través del esfínter anal hasta el recto. Se emplean en caso de retención de gases, administración de medicación, administración de enemas, introducción de contrastes para RX.

Las sondas rectales, suelen medir **30 cm** y son de látex o de plástico. Es un tubo hueco y flexible o semirrígido, con un orificio distal grande y un único orificio proximal con adaptador. Pueden presentar un balón en su zona distal



Procedimiento de sondaje rectal:

Recursos materiales: guantes, cuña, toalla, papel higiénico, sonda rectal, lubricante hidrosoluble, esparadrapo hipoalérgico, empapador, bolsa colectora o enema.

Protocolo de actuación:

1. Prepara equipo, lavado de manos y explica al paciente la técnica.
2. Preservar la intimidad
3. Ponerse los guantes, protege cama con empapador y colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo con la pierna superior flexionada.
4. Lubricar el extremo de la sonda y con la mano izquierda separar los glúteos y **pedir al paciente que inspire**.
5. Fijar sonda al muslo con esparadrapo.

6. Poner el extremo de la sonda sobre la cuña o sobre el empapador o bien conectar la bolsa colectora de gases si está indicado. Si la sonda se ha insertado para introducir enema aplicar la técnica.
7. Finalizado el proceso retirar sonda, realizar aseo perineal si se precisa, recoger material.
8. Ordenar habitación, lavado de manos y registro de la técnica. Si hubo drenaje de contenido fecal anotar cantidad y aspecto.

2.2. ADMINISTRACIÓN DE ENEMAS

El enema es una disolución que se introduce en el recto o en la parte inferior del colon.

Según la finalidad con que se apliquen, **los enemas pueden ser:**

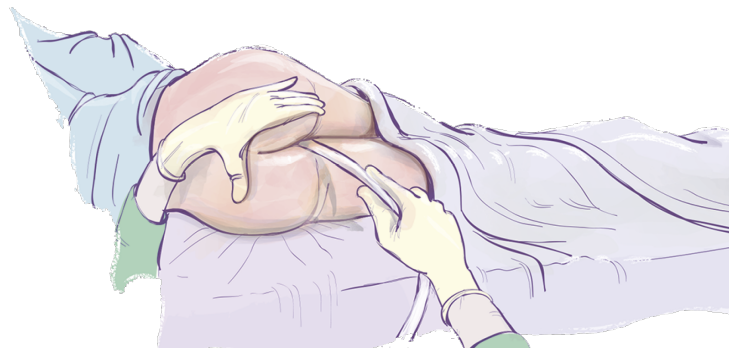
- ❖ **Enemas evacuadores o de limpieza:** Aumentan el peristaltismo produciendo la necesidad urgente de defecar. Para limpiar el intestino o ayudar a la defecación, antes del parto, antes de un enema medicamentoso, antes de endoscopia.
Puede ser **jabonosos** (agua + jabón), **salinos** (agua+ sal), **aceitosos** (aceite de oliva) o comerciales (Enema Casen®).
- ❖ **Enemas de retención:** son aquellos en que la solución introducida **no debe evacuarse**; por lo tanto, el **paciente debe intentar retenerla**, al menos durante **30 minutos**. Sus fines pueden ser diagnósticos o terapéuticos:
 - Enema de retención de aceite: Eficaz para lubricar la mucosa intestinal y reblandecer las heces. En adultos, suelen administrarse de 150 a 200 ml de aceite de oliva templado a temperatura corporal.
 - Enema medicamentoso: Se absorbe por la mucosa intestinal y puede tener un efecto local o sistémico. Así, podría aplicarse un enema de neomicina previo a una cirugía del colon, antihelmíntico, antiséptico, etc.
 - Enema opaco (de contraste): Su finalidad es diagnóstica, permite visualizar el interior del intestino grueso (por radiología), después de introducir un enema de bario.

Protocolo de administración:

Materiales: sonda rectal; enema comercial o solución de limpieza pautada por médico: *agua templada y jabón neutro (aproximadamente, 5 ml de jabón neutro por 1 000 ml de agua) o solución salina (dos cucharadas de sal común en 1 000 ml de agua: el volumen total varía desde 500 hasta 1 500 ml)*; sistema irrigador (recipiente y tubo con llave y cánula); guantes; cuña; empapador; gasas y papel higiénico; material de aseo; pie de goteo o soporte del irrigador; lubricante hidrosoluble; biombo.

1. Lavarse las manos, ponerse los guantes y explicar al paciente lo que se va a hacer, solicitándole su colaboración.
2. Si el paciente está encamado, proteger la cama con empapadores y colocarle en decúbito lateral izquierdo con la pierna derecha flexionada (posición de Sims), para favorecer la eliminación.

3. Cubrir al paciente con una sábana, de manera que sólo queden expuestas las nalgas y proteger su intimidad
4. Tener dispuesta la solución, preparada a unos 36 °C, y el irrigador colocado en el soporte a unos 40-50 cm sobre el paciente.
5. Purgar el sistema antes de introducirlo en el recto, hasta que fluya líquido, abriendo la llave de paso.
6. Lubricar la cánula del sistema (también si enema comercial) y realizar el sondaje rectal, para la administración con irrigador.
7. Introducir la cánula por el ano (10 cm adulto y 5 cm en niños) con suavidad, dirigiéndola primero en dirección al ombligo y después horizontalmente. Para ello, se separan los glúteos del paciente con la mano no dominante y se introduce el tubo con la otra, mientras se pide al paciente que inspire profundamente cogiendo aire por la boca (lo que favorece la relajación del esfínter) y, durante la espiración, introducimos la sonda con suavidad. Es importante tener en cuenta que nunca hay que forzar la introducción de la sonda.



8. Administrar la solución lentamente, regulando su entrada mediante la llave incorporada al propio sistema. El flujo se regula subiendo o bajando el recipiente. Si el enfermo siente molestias o dolor cólico, cerrar la entrada de la solución hasta que cesen las molestias y pedirle que respire con tranquilidad para después continuar el proceso con lentitud. (Si lo que usamos es un enema comercial, comprimimos lentamente el recipiente para introducir el líquido).
9. Cuando se haya administrado toda la solución, cerrar el sistema para evitar que entre aire y retirar suavemente la cánula, pidiendo la colaboración del paciente.
10. Pedir al paciente que se esfuerce por retener la solución al menos durante 10 minutos, ponerle la cuña (si no puede ir al baño) y limpiarlo por la zona anal.
11. Después de la evacuación, recoger el material utilizado, asear al paciente y dejarle instalado cómodamente.
12. Lavarse las manos, comunicar las observaciones al enfermero y anotar en la historia de enfermería tanto la aplicación del enema como las características de la evacuación.

Sondaje expulsión gases

<https://www.youtube.com/watch?v=eoaalWL7H10>

2.3. RECOGIDA Y ANÁLISIS DE HECES

Se realiza para: coprocultivos, detección de parásito intestinales, determinar sangre oculta. Las muestras deben tomarse de zonas con presencia de sangre, pus o moco.

Protocolo de recogida

Materiales: guantes, cuña, material de higiene, recipiente adecuado (*boca ancha o tipo orina, estéril si es para coprocultivo, con cucharilla...*), empapadores.

1. Decir al paciente que defeca en la cuña.
2. Taparla, realizar la higiene al paciente y acomodarlo.
3. Cambiarse los guantes
4. Recoger la muestra: un mínimo de 4g. en las heces formes y 10ml en las líquidas
5. Tapar el frasco, etiquetar con datos del paciente y enviar al laboratorio (si no es posible, conservar a 4°C, máximo 24h).

2.4. PACIENTE OSTOMIZADO

Se define la **ostomía** como el procedimiento o intervención quirúrgica mediante el cual se abre un orificio artificial (**estoma**) en la superficie abdominal externa, permitiendo la comunicación con el exterior a través de un orificio NO natural.



Con respecto al aparato digestivo, tenemos:

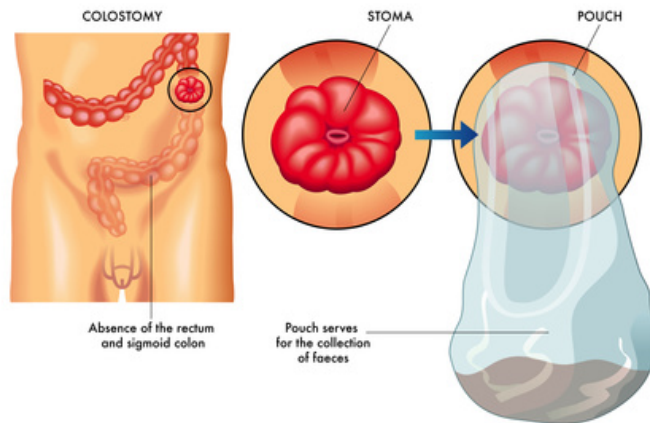
- **Estomas de nutrición:** cuando alguna causa impide la alimentación normal. Ej. esofagostomía, gastrostomía, yeyunostomía.
- **Estomas de eliminación:** exteriorización del intestino, creando una salida artificial para la evacuación de las heces

Según la zona del intestino, tenemos:

- **Colostomía ascendente:** Se realiza sobre el colon ascendente del paciente. El paciente elimina heces acuosas o semisólidas de forma casi continua.
- **Colostomía transversa:** Se hace sobre el colon transversal. Las heces suelen ser semisólidas.
- **Colostomía descendente o sigmoidea:** Se practica sobre el colon descendente o sigmoideo. Es la más común de todas y la más fácil de controlar. Las heces están formadas y presentan cierta consistencia.
- **Ileostomía:** Se practica sobre el íleon, generalmente. Al igual que la colostomía ascendente, el paciente elimina heces acuosas o semisólidas de forma casi continua.

Los sistemas colectores.

Los pacientes ostomizados pierden el control voluntario de la defecación y las heces se recogen en una bolsa colectora colocada sobre el estoma. Además de las bolsas, generalmente en estas situaciones se emplean placas o anillos protectores del estoma, que se adaptan meticulosamente a éste para evitar complicaciones.



a.Tipos:

- **BOLSA DE ILEOSTOMÍA:** La descarga por ileostomía será un efluente frecuente de consistencia líquida o semilíquida por tanto son **bolsas abiertas**. Las bolsas pueden ser de 1 o 2 piezas. Bolsa se cierra mediante una pinza.



- **BOLSA COLOSTOMÍA.** En colostomías con hábito regular, periódico (1-3 veces al día) y heces compactas, se usarán **bolsas cerradas** (la bolsa se cambia cada vez que se realiza la evacuación)



En colostomías con mayor cantidad de efluente, heces líquidas y más continuas, se usarán **bolsas abiertas** (el extremo inferior está abierto permitiendo su vaciado las veces necesarias dejando la misma bolsa **no más de 24h**) (cómo las ilestomías)

Colostomía, 1 pieza, bolsa cerrada

- **BOLSA DE UROSTOMÍA.** Se usan bolsas colectoras con **válvula de vaciado** en forma de tapón que permita la evacuación de la bolsa varias veces al día cada vez que se llena. En las bolsas de urostomía podemos encontrar 2 tipos de sistemas:



Dentro de cada tipo de bolsas existen hasta 3 sistemas posibles:

- **Sistema 1 pieza:** el adhesivo y la bolsa se encuentran unidos formando un solo elemento colocándose y retirándose en conjunto. Parte adhesiva y bolsa se pegan directamente a la piel.
- **Sistema de 2 piezas con enganche adhesivo:** El adhesivo y la bolsa se encuentran por separado. Por un lado el adhesivo permanecerá en la piel 2-3 días y la bolsa se acopla al disco *mediante una parte adhesiva*.
- **Sistema de 2 piezas con enganche mecánico:** El adhesivo y la bolsa se encuentran por separado. Por un lado el adhesivo permanecerá en la piel 2-3 días y la bolsa se acopla al disco mediante un enganche a modo de *aro semirrígido*.

Suelen contener productos (**carbón activo**) que disminuyen el mal olor y pueden sujetarse con fajas o cinturones.

b. Cuidados de la piel periestomal:

- Lavado de piel con agua, jabón neutro y esponja suave
- Secado suave
- Si hay irregularidades en la zona (cicatrices, repliegues, estomas con forma desigual...), usar pastas de relleno para evitar fugas
- Medir adecuadamente el diámetro del estoma para adaptar el dispositivo (medidor de estoma)
- Mantener la piel limpia y seca



Medidor de estoma

C. Protocolo de cambio de la bolsa de ostomía

Materiales: Guantes, empapador, material para el aseo (agua tibia, jabón, toallas, palangana, solución antiséptica), material de curas, bolsa de ostomía, disco protector con anillo fijador y bolsa para retirar el material usado.

1. Lavarse las manos, ponerse los guantes y explicar al paciente lo que se va a hacer (es muy importante promover el autocuidado en estos pacientes).
2. Respetar la intimidad del paciente, cubriéndolo, de forma que solo aparezca expuesto el abdomen. Poner empapador
3. Retirar la bolsa sucia, siempre de arriba abajo (sujetando con una mano la piel) para evitar que se vierta el contenido. Observar el volumen y las características de las heces.
4. Limpiar suavemente el estoma con agua y jabón neutro, en forma circular, de dentro hacia afuera; retirar los residuos dejados por la bolsa de ostomía y secar bien la zona con suaves movimientos de presión, nunca de frotación.
5. Valorar el tamaño del estoma y recortar el apósito del disco protector del tamaño adecuado para proteger la piel.
6. Proteger la piel con pomada, si está prescrita, o emplear barreras de protección cutánea, que se recortarán mostrando solo el estoma y no la piel.
7. Retirar la cubierta protectora de la zona adherente del disco protector con anillo fijador y oprimir suavemente sobre la piel para facilitar la unión (se recomienda mantener presionado unos segundos para transmitir el calor de nuestras manos al apósito y asegurar un mejor sellado). Se coloca de abajo hacia arriba.
8. Adaptar la bolsa alrededor del estoma y dejar un margen de unos 2-3 mm, para evitar la posible estrangulación.
9. Reordenar la cama e instalarle cómodamente.



10. Recoger y limpiar todo el equipo, desechando la bolsa de ostomía sucia, lavarse las manos, comunicar las observaciones y registrarlas en la historia de enfermería.

3. EL VÓMITO (emesis)

Es la salida brusca del contenido gástrico a través de la boca. Puede estar precedido o no de náuseas.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE LOS VÓMITOS.

Materiales: guantes, batea, empapador, material de higiene, pijama o camión y ropa de cama de repuesto.

A) ACTUACIÓN CON UN PACIENTE NAUSEOSO.

1. Avisar al personal de enfermería
2. Colocar al paciente en Fowler y proporcionar batea. Si NO se puede incorporar, lo posicionamos en decúbito lateral y, si TAMPOCO es posible, se le colocará la cabeza hacia un lado (batea junto a la cara).
3. Proteger la cama con empapadores.
4. Si tiene alimentación con sonda, detenerla.
5. Acompañar al paciente hasta que cesen las náuseas o se produzca el vómito

B) ACTUACIÓN SI SE PRODUCE O YA SE HA PRODUCIDO

1. Retirar el cabello para que no se manche
2. Si ha terminado, ofrecer agua para que se enjuague
3. Realizar la higiene y cambiar la ropa de cama y el pijama
4. Si el vómito esté en el suelo y no tenemos con qué recogerlo, cubrirlo con empapadores y avisar al servicio de limpieza.
5. Mantener al paciente en Fowler hasta su recuperación.

Siempre debemos anotar en los comentarios y/o gráfica del registro de enfermería: volumen aproximado, aspecto, frecuencia, causa (durante comida, si duele, si por olores, etc)

Recogida de una muestra.

OJO!, la *muestra de vómito* es aquella que recogemos para analizar después de que éste se ha producido (tomamos una muestra directamente de la batea y la introducimos en un recipiente estéril). Si lo que recogemos es una muestra por aspiración a través de la SNG, es un análisis del jugo gástrico. Ésta se recoge en ayunas y también se mete en un recipiente estéril.