



**BLOQUE 3: EXPLORACIONES DEL PACIENTE,
CONTROL DE CONSTANTES, ELIMINACIONES DEL
PACIENTE Y RECOGIDA DE MUESTRAS
BIOLÓGICAS.**



TEMA 15

**ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS
AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LAS
NECESIDADES DE ELIMINACIÓN: GENERALIDADES.
RECOGIDA DE LAS MUESTRAS: TIPOS,
MANIPULACIÓN, CARACTERÍSTICAS Y
ALTERACIONES. SONDAS, OSTOMÍAS Y ENEMAS:
TIPOS, MANIPULACIÓN Y CUIDADOS.**



1. Atención del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en las necesidades de eliminación: Generalidades.

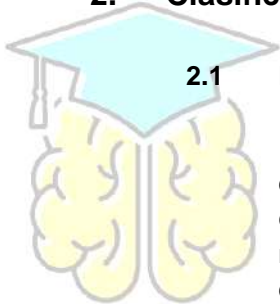
1.1 Eliminaciones del enfermo

Son los productos elaborados por el mismo paciente, que posteriormente son expulsados al exterior en forma de orina, heces y esputos, que se denominan **emuntorios naturales**. Las eliminaciones de estos por vías naturales contribuyen en la aportación de datos importantes para evaluar el estado de su enfermedad y la eficacia de los tratamientos.

Es la Historia Clínica la que por medio de las gráficas reflejan los siguientes datos:

- Orina: color, disuria, volumen y número de micciones diarias, enuresis nocturna.
- Heces: Volumen, color, diarrea, estreñimiento, número de deposiciones diarias.
- Esputos: volumen, tipo, color, aspecto.

2. Clasificación de las muestras:



2.1 Diuresis

Es un líquido amarillo pálido y translúcido procedente de los riñones, que por medio de los uréteres llega a la vejiga y desde ésta, pasa por la uretra y es expulsada al exterior por el meato urinario. Es el resultado del filtrado sanguíneo. En condiciones normales una persona con un peso aproximado de 75 kg, tiene una diuresis diaria de 1200 a 1500 ml.

Las causas patológicas y fisiológicas que pueden modificar estos parámetros son:

- **Poliuria:** diuresis superior a 1200/1500 ml diarios.
- **Oliguria:** diuresis inferior a 1200/1500 ml diarios.
- **Anuria:** diuresis con un volumen inferior a 200 ml diarios.
- **Polaquiuria:** aumento del número de micciones.

Ante una posible retención de líquidos, se debe facilitar la micción del paciente adoptando las siguientes medidas:

- ✓ Colocar al paciente en la posición adecuada.
- ✓ Llevarle al baño siempre que sea posible de acuerdo al estado del paciente.
- ✓ Dejarle intimidad y aguardar un tiempo prudencial.
- ✓ Si el paciente permanece en cama, se le colocará cuña o botellas según el caso.
- ✓ Si aun así la retención urinaria continúa, el Auxiliar debe informar por si procede el cateterismo vesical.



2.2 Deposiciones

Son los desechos del organismo que son expulsados por vía rectal, mediante los movimientos peristálticos del colon. La frecuencia varía de acuerdo con la situación del enfermo y su patología.

Es importante el color de las deposiciones ya que nos brinda información del estado clínico del paciente. Por ejemplo cuando el color es blanquecino, entendemos que hay alteraciones biliares y las denominamos **deposiciones acólicas**. Si encontramos restos de sangre, hablamos de rectorragia, aun cuando la sangre puede proceder de diferentes zonas, ya sea por inflamación de venas hemorroidales, o de partes altas del tubo digestivo, lo que se denomina **melenas**.

Es el auxiliar de enfermería quien proporcionara al personal de enfermería la información acerca de las características y el número de deposiciones y también lo registrará en la gráfica de enfermería de acuerdo con el protocolo del centro hospitalario.

2.3 Esputos:

Son productos acumulados en el árbol pulmonar que se expulsan cuando van acompañados de tos. El volumen, en caso como bronquiectasias, tuberculosis o edemas pulmonares puede ser muy abundante en un periodo de 24 hs.

Las características pueden ser claras u opacas de acuerdo con las células que contenga, y según el estado del tracto respiratorio afectado, puede ser más mucoso, espumoso, purulento, sanguinolento. Cuando son masas sólidas se las conoce como Tapones de Dittrich y si son acaracoladas, como Espirales de Curschmann. Estas características se pueden comprobar echando los espustos en un vaso con agua.

El color dependerá de la cantidad de supuración que contenga, yendo desde el blanco al amarillento, al grisáceo – purulento. Es inodoro, aunque en ocasiones, por la infección pulmonar puede desprender un olor fétido.

3. Recogidas de muestras:

Tipos de muestras

3.1 Diuresis:

- ✓ Recogida durante 24 hs.
- ✓ Se desechará la primera micción de la mañana y a partir de ahí, de recogerá la demás en un recipiente especial.
- ✓ Se necesitara un recipiente estéril de 2 litros aproximadamente.
- ✓ **Para una analítica común**, se usará un recipiente estéril, se recogerá la primera orina de la mañana luego de higienizar los genitales con agua y jabón, aclarando con abundante agua.
- ✓ Se desechará la primera y última parte de la micción.



3.2 Deposiciones

Para recoger las muestras de heces se utiliza un recipiente similar al de orina, que debe estar limpio. Con una cucharilla de plástico o espátula **se recoge entre 1 o 2 gramos** de excrementos y se inserta en el recipiente. Este recipiente debe ser de boca ancha estéril y con tapa hermética.

Es importante que al hacer la recogida se realice en aquella zona que tenga sangre, moco o pus. En caso de que sea líquida es mejor recoger unos 10 ml.

También debes saber que:

- No serán válidas aquellas que estén contaminadas con orina
- Deben recogerse antes de la toma de medicamentos.
- No se debe utilizar papel higiénico para la recogida de la muestra.

3.3 Esputos

- Se recomienda la recogida del esputo de la primera hora de la mañana justo después de levantarse, antes de comer o beber.
- El paciente no deberá fumar seis horas antes de la recogida de la muestra
- Previo a la recogida de la muestra se recomienda una limpieza cuidadosa de los dientes y encías con su dentífrico habitual (evitando el rascado brusco que pueda provocar sangrado) y un enjuague posterior con agua evitando el uso de enjuagues o colutorios.
- Una vez acaba la limpieza se recomienda realizar inspiraciones profundas hasta provocar un acceso de tos que el paciente deberá aprovechar para expulsar un esputo de su árbol bronquial.
- El esputo deberá ser depositado desde la boca hasta un recipiente estéril específico para la recogida de la muestra que le será facilitado en el centro en el que se ha solicitado el estudio o en la farmacia.
- Se recogerá en recipiente estéril de cierre hermético y tapón a rosca a prueba de aerosoles en su apertura, adecuado al tipo de muestra. El material destinado a cultivo no debe contactar con productos desinfectantes.
- La obtención de la muestra se hará en condiciones de máxima asepsia y evitando, en lo posible, la contaminación con flora habitual.
- Al momento en que le van a realizar el procedimiento debe de expulsar solo la flema no recoger saliva, porque sería una muestra no válida
- En la mayoría de los casos, una pequeña muestra del tamaño de una cucharadita puede ser suficiente para el estudio.
- Una vez recogida la muestra de esputo el paciente deberá entregar el envase cerrado lo antes posible y en plazo máximo de 24 horas en el laboratorio especializado.
- La muestra puede conservarse en el frigorífico dentro el recipiente cerrado específico para ello hasta el momento de la entrega.

4. Sondas

Tipos: sonda vesical.

- 4.1 **Robinson:** es de punta redondeada o acodada, rígida y de una sola luz, en cuya proximidad hay uno y más orificios. Son de uso temporal.
- 4.2 **Pezzet:** rígida, de una sola luz, con punta fungiforme, en cuya proximidad hay dos o



más orificios. Es permanente, se inserta quirúrgicamente y requiere sutura para inmovilizarla. Se emplea en el drenaje vesical, en el suprapúbico y en el renal.

4.3 Malecot: semirrígida y de una sola luz con punta fungiforme, pero con orificios más grandes. Se inserta quirúrgicamente pero no por la uretra.

4.4 Foley: flexible con punta redondeada o acodada, con dos o tres luces en su interior. Una se usa para drenar la orina, otra para llenar el balón hinchable ubicado en el extremo de la sonda con agua o suero fisiológico, que permite el anclaje dentro de la vejiga, y la tercera se usa para la irrigación de la vejiga.

Sondaje vesical y cuidados del auxiliar de enfermería:

El auxiliar de enfermería debe ser el que prepare el material necesario, vigilar su buen drenaje y mantener una higiene adecuada de los genitales del paciente. Por lo delicada de la maniobra, y por ser una técnica invasiva, se realiza por prescripción médica, lo realiza el personal de enfermería y consiste en la introducción de una sonda en la vejiga a través de la uretra para proporcionar un drenaje constante de la orina.

Existen dos tipos de sondaje:

Permanente: para pacientes con retenciones crónicas de orina y puede ser usada por más de 30 días, o de corta duración, menos de 30 días como puede ser un sondaje hospitalario.

Intermitente o evacuador: el catéter se retira una vez evacuada la vejiga.

Existen tres tipos de técnicas para la inserción del catéter:

- **Técnica estéril:** todo el material es estéril y la colocación de la sonda se realiza con bata y guantes estériles. Es decir, las condiciones que se dan en un quirófano.
- **Técnica aséptica:** el catéter y los guantes son estériles. Es la que se realiza el personal sanitario (en hospitalización, urgencias... etc).
- **Técnica limpia:** si la técnica aséptica no es posible, el catéter será estéril pero no se utilizarán guantes. Es la que realizan los pacientes y/o los cuidadores en el domicilio.

Las sondas vesicales se fabrican con diferentes materiales (silicona, cloruro de polivinilo (PVC), poliuretano y látex) y dependiendo de este material podremos mantener la sonda vesical durante un determinado periodo de tiempo.

- Sonda de látex cambiar en 1 semana
- Sonda de PVC cambiar en 2 semanas
- Sonda de Silicona cambiar en 30 días



Tipos: Sondas nasogástrico:

La sonda nasogástrica es un tubo que se introduce por la nariz o cavidad bucal, hasta llegar al estómago, pasando por el esófago. Suele estar hecha de plástico o silicona.

Puede servir para realizar lavados de estómago, una solución de 500 ml. De solución de lavado o antídoto, para irrigación, (30 ml. De solución salina), para introducir medicamentos, permite alimentar a una persona que tiene dificultad para tragar o masticar los alimentos. Conduce la comida directamente hasta el estómago y, por ello, no sirve para digerirla, solamente para facilitar su llegada a este órgano.

Se suele utilizar en pacientes con trastornos metabólicos y gastrointestinales. Del mismo modo, se utiliza en ciertas enfermedades mentales que dificultan la alimentación normal; también en casos graves de malnutrición o prematuridad.

Por otra parte, la sonda nasogástrica sirve para drenar contenido del estómago. Es un proceso que se realiza cuando existe una obstrucción a lo largo del tubo digestivo. También, incluso, en situaciones de intoxicación o para preparar a un paciente para la anestesia.

Siempre debe ser indicada por un médico. De hecho, solo los médicos o enfermeros pueden colocarla. El auxiliar de enfermería ayudará a su colocación de la siguiente manera:

- El paciente se coloca en posición de Fowler.
- Preparar el material necesario y dárselo cuando el personal de enfermería lo necesite.
- Cambiar la bolsa colectora de acuerdo con el protocolo del centro sanitario.
- Cuidar que en el tubo de drenaje no tenga obstrucciones o acodos y controlar que el aparato de aspiración funcione adecuadamente.
- Registrar el contenido recogido en la bolsa recolectora en cada turno o según el protocolo del centro o de acuerdo a la prescripción facultativa.

5. Osteomías:

Se denomina a cualquier intervención quirúrgica por la que se abre un orificio artificialmente de forma que se pone en contacto una víscera, órgano, etc, con el exterior. El orificio producto de una osteomía se denomina **estoma**.

Las osteomías tienen como objetivo:

- La nutrición del paciente.
- Permitir la respiración.
- Recuperar la función de eliminación vesical, intestinal entre otras.

Las ostomías toman el nombre de zona del cuerpo en que se localizan y también se clasifican de acuerdo al tiempo que son usadas.

Temporales: son empleadas por el tiempo necesario hasta que el órgano afectado, generalmente por una intervención quirúrgica, se recupere.



Definitiva o permanente: son utilizadas cuando el órgano afectado no tiene recuperación posible.

5.1 Tipos de ostomías:

5.1.1 Ostomías gastrointestinales:

- Estomas de nutrición.
- Esofagostomía.
- Gastrostomía.
- Yeyunostomía.
- Estomas de eliminación.
- Ileostomía continente o Bolsa de Kocke.
- Ileostomía incontinente o de Brooke.
- Cecostomía.
- Colostomía.
- Sigmoidostomía.

5.1.2 Ostomías urológicas

Se deriva la orina que está en la vejiga que puede estar enferma, no funciona de manera adecuada o tiene alguna lesión, hacia el exterior. Las podemos clasificar en:

Vesicostomía: es una técnica que se utiliza para hacer una desviación urinaria y temporal. Se utiliza en pacientes con dilatación del tracto urinario superior derivada de una patología vesical o infravesical. Esto tiene lugar ya que el estoma se cierra y es continente de tal modo que la evacuación de la orina se debe realizar mediante la introducción de sondas en el estoma.

Ureterostomía cutnea: los uréteres conducen la orina que producen los riñones hacia el exterior de la pared abdominal o los laterales del abdomen. La intervención se realiza con anestesia local y con incisiones pararrectal o ileoinguinal o incisión infraumbilical. Es una técnica con no muy buenos resultados por lo cual debe hacerse de manera excepcional, siendo una condición indispensable que al menos uno de los uréteres esté dilatado. Los estomas son pequeños y con un flujo continuo y pueden ser unilaterales o bilaterales.

Unilaterales: se abocan a un solo uréter.

Bilaterales: se abocan a ambos lados y pueden ser:

De doble conducto: las dos bocas confluyen una al lado de la otra.

De lazo: cada uréter desemboca en un costado diferente.

Ureterostomía transureterostomía: se realiza una Y con ambos uréteres para que ambos desemboquen en un solo conducto.

Ureterosigmoidostomía: se conecta el colon sigmoide para que la orina sea excretada por el recto. Esta técnica reduce aparentemente, el riesgo de que se produzca una pielonefritis que se considera el mayor riesgo de la ostomía.



5.1.3 Cuidados de la piel periestomal

Son muy importantes para así aumentar la resistencia a la penetración microbiana.

Se deben tener en cuenta los siguientes signos:

- Rubor.
- Excoriaciones.
- Úlceras.
- Necrosis.

Recordar que:

- Es importante evitar la humedad alrededor de la estoma.
- Tener cuidado con los cambios continuos e inadecuados de dispositivo de contención, y al contenido de los mismos, que puedes producir reacciones físicas o químicas.
- Las irritaciones físicas se pueden evitar mediante la colocación de un dispositivo de aro fijo que permanece adherido a la piel y solamente se cambia la bolsa colectora.
- Observar si aparecen reacciones de sensibilidad o alergias.
- No usar alcohol ni derivados mercuriales alrededor de la piel periestomal.

6. Enemas:

Es una técnica no libre de riesgos y será realizada por el médico o enfermera con ayuda del auxiliar de enfermería. Es muy importante el tacto, delicadeza y respeto al paciente.

La administración rectal de medicación puede ser por medio de enemas o supositorios rectales, que absorberán los principios activos a través de las venas hemorroidales.

- a) De acuerdo a las necesidades del paciente, tenemos diferentes tipos de enemas que **clasificamos en:**
- ✓ **Enema aéreo:** se utiliza para introducir aire para la realización de radiografías.
 - ✓ **Enema de alimentación:** se utiliza para la introducción de alimentos. Se hace en casos excepcionales, cuando es imposible la administración por vía oral.
 - ✓ **Enema medicamentoso:** se aconseja para la introducción de medicación cuando no es posible realizarla por vía oral.
 - ✓ **Enema de limpieza o de evacuación:** se utiliza para favorecer la expulsión de las heces ya sea por causas de estreñimiento o fecalomas. Existen de tres tipos:
 - **De agua jabonosa:** se disuelve jabón en agua templada.
 - **De solución salina:** se disuelve una proporción de sal común en agua templada.
 - **Desechables o comerciales:** son soluciones hipertónicas que irritan la mucosa intestinal.



- ✓ **Enema carminativo o lavativa de Harris:** se utiliza para favorecer la expulsión de gases.
- ✓ **Enema antiséptico:** contiene principios activos que destruyen gérmenes y bacterias.
- ✓ **Enema baritado:** se introduce líquido con, entre otras sustancia, bario (sustancia metálica) que mejora la imagen de los rayos x en los tejidos blandos.
- ✓ **Enema de emoliente:** se usa para mantener la lubricación y la protección de la mucosa intestinal.
- ✓ **Enema de Murphy o goteo de Murphy:** se introduce un gran volumen de líquido a una velocidad muy lenta a través del recto. Se diferencia de las demás enemas porque guarda un gran parecido con la introducción por vía intravenosa, que se administra en forma de goteo (se ordena en conteo de gotas por minuto).

b) Para la realización del enema debemos disponer de los siguientes materiales:

- Equipo de enemas.
- Cánula.
- Lubricante.
- Empapador.
- Toalla.
- Guantes desechables.
- Gasas.
- Cuña.
- Papel higiénico.
- Solución recetada para necesidad del paciente.

c) La técnica a seguir será.

El paciente se colocará recostado sobre su lado izquierdo con las piernas flexionadas (posición de Sims)

Se colocará una almohada por debajo de los glúteos para que así la cabeza y piernas queden más bajas.

El enema debe estar a un temperatura entre 36 y 40 grados.

Lavar las manos antes y después de la realización del enema y dejar registrado.

El material que se utilice deberá ser esterilizado a conciencia y guardado de manera higiénica.