



**Nombre de alumnos: Mayra
Jeannette Ramírez Santiago**

**Nombre del profesor: María del
Carmen Silba López**

Nombre del trabajo: Resumen

Materia: Fundamentos de enfermería

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 3er cuatrimestre

Grupo: "B".

TÉCNICA DEL LAVADO GÁSTRICO

Concepto

- ▶ Es el procedimiento donde se introduce una sonda nasogástrica por nariz o boca a la cavidad gástrica.

Objetivos

- ▶ Suministrar alimentos a la cavidad gástrica del paciente para nutrirlo.
- ▶ Administrar medicamentos a la cavidad gástrica con fines terapéuticos.
- ▶ Eliminar líquidos y gases por descomposición del aparato digestivo alto.
- ▶ Determinar la cantidad de presión y actividad motora en el tubo digestivo.
- ▶ Tratar pacientes con obstrucción mecánica y con hemorragia en el tubo digestivo.
- ▶ Obtener muestra de contenido gástrico.

Equipo y Material

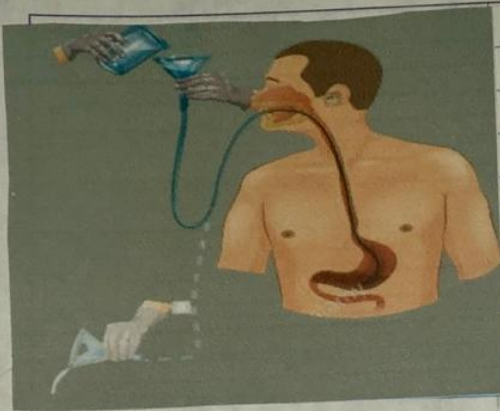
- ▶ Sonda nasogástrica (Levin) calibre 12 a 18 F, de preferencia desechable.
- ▶ Vasija con agua fría o trozos pequeños de hielo.
- ▶ Vaso con solución fisiológica o lubricante hidrosoluble. Pinzas hemostáticas.
- ▶ Bandeja en forma de riñón para secreciones o vómito.
- ▶ Cinta hipodérmica de 2.5 a 3 cm. Hipoxo, gaboro.
- ▶ Toallas o compresas.
- ▶ Cojín de hule o plástico.
- ▶ Pañuelos desechables.
- ▶ Guantes.
- ▶ Estetoscopio.
- ▶ Abatclengua.

TÉCNICA DE INTUBACIÓN NASOGÁSTRICA

1. Lavarse las manos	<ul style="list-style-type: none"> ◦ El agua y el jabón sirven de arrastre mecánico a los microorganismos patógenos.
2. Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad clínica, dejando la sonda en un recipiente con hielo.	<ul style="list-style-type: none"> ◦ La acción del frío sobre el material de hule es endurecerlo. ◦ Las sondas están hechas de sílice, hule o poliuretano. ◦ La comprobación de la permeabilidad de la sonda evita las complicaciones en el paciente.
3. Explicarle el procedimiento al paciente y colocarlo en posición sedente, fowler o semifowler.	<ul style="list-style-type: none"> ◦ La rectitud anatómica del tracto digestivo facilita la deglución y, por ende, el paso de la sonda.
4. Abocar narinas o bocas con hisopo o gasas con abate lengua, dependiendo del tipo de intubación.	<ul style="list-style-type: none"> ◦ La nariz o boca son cavidades que comunican con el tubo digestivo. ◦ Una cavidad libre de moco, líquido o exudados, se encuentra permeable.
5. Proteger la parte anterior del tórax con hule y toalla, y colocar debajo del mentón la bandeja-riñón.	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Las medidas de protección previenen de lesiones en algunos órganos del cuerpo.
6. Intubar de la forma siguiente: ◦ Calzarse los guantes.	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Las sondas están provistas de marcas radiopacas y de un resorte interno activado por agua que proporciona una superficie lubricada.
◦ Extraer la sonda del hielo para medir a parte que se va a introducir.	
◦ Humedecer la sonda con solución fisiológica.	<ul style="list-style-type: none"> ◦ La lubricación reduce la fricción entre mucosas y sondas.
◦ Introducir con lentitud la sonda a naso faringe posterior, por la nariz y pedirle que degluta sorbos de agua para facilitar su avance.	<ul style="list-style-type: none"> ◦ La integridad de las mucosas evita la introducción de agentes patógenos. ◦ La introducción de materiales oleosos en la tráquea pueden desarrollar neumonía lipóide.
◦ Indicarle que flexione el cuello sobre el tórax y respire con profundidad una vez pasados de 7 a 8 cm de longitud de la sonda.	<ul style="list-style-type: none"> ◦ El conocimiento anatómico fisiológico del tubo digestivo favorece la maniobra para pasar la sonda.

TÉCNICA DE INTUBACIÓN NASOGÁSTRICA

- En caso de que no pueda intubarse retirar la sonda y probar en narina contraria.
 - Comprobar que la sonda se encastre en el estómago.
 - Un estímulo en la faringe y uvula produce el reflejo nauseoso.
 - Las maniobras bruscas o aplicación de fuerza en la instalación de la sonda producen contracción muscular y dificultad en su paso.
 - La presencia de tos, jadeos o cambios de ritmo determina el retiro inmediato de la sonda producen contracción muscular.
 - El conducto nasolagrimal va del saco lagrimal a la nariz.
 - La deglución ayuda a impulsar hacia la cavidad gástrica.
 - La aspiración de contenido gástrico indica la ubicación de la sonda.
 - La fijación adecuada de la sonda impide la oblicación/su retiro del estómago.
7. Fijar la sonda con cinta hipoalergénica.
8. Realizar el procedimiento de acuerdo con el objetivo deseado.
9. Vigilar el estado del paciente, la permeabilidad de la sonda y la velocidad del flujo.
10. Logrados los objetivos
11. Desectar la sonda o lavarla con agua corriente para su esterilización, dependiendo de material
- La fijación adecuada de la sonda impide su retiro del estómago.
 - El cumplimiento de los objetivos previenen de traumas emocionales y fisiológicos.
 - El aseo bucal frecuente mantiene limpias las mucosas y, permeables las glándulas salivales.
 - Una irrigación frecuente a la sonda con pequeñas cantidades de solución salina asegura su permeabilidad.
 - Sensación de plenitud, malestar como náusea, vómito, diarrea o estreñimiento son aspectos que deben vigilarse durante la administración de alimentos o medicación.
 - El uso de material desechable previene de infecciones hospitalarias.



Indicaciones

- ▶ Precaución en enfermos con curioesofágicos.
- ▶ Aspiración de secreciones gastroduodenales en caso de parosia gástrica.
- ▶ Alimentación enteral o lavados gástricos, estudio y la eliminación del contenido gástrico (tóxicos).
- ▶ Prevención de broncoaspiración en enfermos con bajo nivel de conciencia o problemas de deglución.

- ▶ Diagnóstico y seguimiento de la hemorragia digestiva alta.

posibles complicaciones

- ▶ Broncoaspiración, epistaxis, Erosión esofágica, hemorragia gástrica, erosión nasal, otitis media, arcadas incoercibles, intubación nasotraqueal.

Cuidados de enfermería

- ▶ Control de funciones vitales.
- ▶ Tratar de calmar al paciente y brindar comodidad.
- ▶ Conservar permeables las vías respiratorias: administrar oxigenoterapia según necesidad.
- ▶ Procurar descubrir la naturaleza del veneno y cantidades ingeridos.
- ▶ Lavado gástrico, según lo indique el caso; para evitar la absorción del veneno.

Técnica sobre aspiración Gástrica.

Concepto

► Es un procedimiento habitual en los cuidados de enfermería y utilizado durante décadas con el fin principal de evacuar sustancias tóxicas del estómago.

Objetivo

► Extraer químicos tóxicos o alguna sustancia que se halla introducido



en el interior del estómago del paciente y pueda afectar a su salud y en casos extremos llevarlo a la muerte.

Material y equipo

- Sonda nasogástrica (Levin) calibre 12 a 18 F
- Vasija con agua fría o trozos pequeños de hielo
- Vaso con solución fisiológica o lubricante hidrosoluble.
- Pinzas homeostáticas
- Bandeja en forma de riñón para secreciones o vómito.
- Cinta hipoalérgica de 2.5 a 3 cm.
- Hisopos, gasas.
- Toallas o compresas.
- Cojín de hule o plástico
- Pañuelos desechables
- Guantes
- Estetoscopio
- Abatelenguas.

Técnica sobre aspiración

Intervención	Fundamentación
1. Coloque la sonda nasogástrica según el procedimiento a realizar.	• Se realiza vaciamiento gástrico mediante lavado en ptes que hayan ingerido algo tóxico.
2. Coloque al paciente decúbito lateral con un declive de 10° de la cabeza.	• La máxima eficacia se consigue en una hora.
3. Lubrique la sonda.	• Se recomienda el uso de sondas de grueso calibre.
4. Verifique la colocación de la sonda.	• Monitorizar la vitalografía del paciente y el monitor cardíaco.
5. Antes de iniciar el lavado extraiga contenido gástrico.	• Con la finalidad de extraer todo las sustancias que afecten al paciente.
6. Introduzca y extraiga, repetidamente la solución salina.	• Al terminar retire la sonda cuando se estime que ya no es necesaria.

Indicaciones

- ▷ El lavado gástrico es contraindicado en pacientes con:
 - ▷ vías respiratorias no protegidas.
 - ▷ En pacientes con disminución de nivel de concentración.
 - ▷ Ingestión de cáusticos.
 - ▷ Estenosis esofágicas.
 - ▷ Ingestión de hidrocarburos.
 - ▷ Sustancia tóxica en cantidad pequeña.
- ▷ Alcohólicos
- ▷ con ingesta de objetos punzantes.

Posibles complicaciones

- ▷ Broncoaspiración
- ▷ Epitaxio
- ▷ Erosión esofágica
- ▷ Hemorragia gástrica
- ▷ Erosión nasal
- ▷ Otitis media
- ▷ Arcoadas incoercibles
- ▷ Intubación nasotraqueal

Cuidados de enfermería

- ▷ Control de funciones vitales
- ▷ Tratar de calmar al paciente y brindar comodidad.
- ▷ Conservar/permanecer permeables las vías respiratorias y administrar oxígeno si es necesario.
- ▷ Procurar descubrir la naturaleza del veneno y cantidades ingeridas.
- ▷ Lavado gástrico; según indique el caso, para evitar la absorción del mismo.

Enemas Evacuantes

Concepto

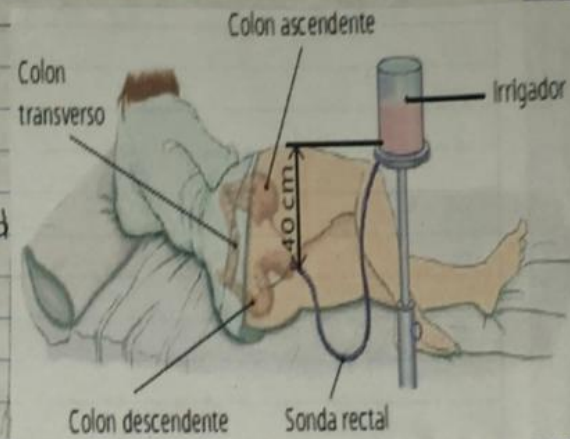
En la actualidad, los enemas se encuentran en el mercado para utilizarse en una sola ocasión por ello es mayor la seguridad y se facilita su aplicación. Los enemas se clasifican según su acción u objetivo: de limpieza, carminativos (con medicamentos que alivian la flatulencia como el anís, lavanda, agua de lima, menta, entre otros), de retención y flujo de retorno.

Objetivos

- ▶ Fomentar la defecación por medio de la estimulación del peristaltismo.
- ▶ Mejorar en forma temporal el estreñimiento.
- ▶ Evacuar el contenido intestinal con fines diagnósticos o terapéuticos.
- ▶ Introducir soluciones con fines terapéuticos.

Equipo y Material

- ▶ Charola con equipo comercial de enema desechable o irrigador con tubo de conexión reusable, adaptador, sonda neelón calibre 12 a 18 Fr para niños o 22 a 30 Fr para adultos, lubricante, pinza hemostática, gasas, bandeja-riñón, papel higiénico, guantes limpios, cinta adherible para fijación de sonda rectal en caso necesario, cómodo, protector de hule, solución prescrita a temperatura de 37 a 40 °C y trípode.



Técnica de instalación de enema evacuante

Intervención	Fundamentación
1. Informar al paciente sobre el procedimiento.	La actitud del personal de enfermería influye en la actitud del paciente para obtener su colaboración.
2. Preparar el equipo en el cuarto de trabajo y trasladarlo a la unidad clínica.	La preparación del equipo previa al procedimiento, ahorra tiempo y esfuerzo al personal de enfermería.
3. En caso de no contar con equipo comercial, adaptar tubo de conexión y sonda al irrigador y purgarla. Pinzar para cerrar el tubo.	<ul style="list-style-type: none"> • La presión de gases contra las paredes intestinales provoca dolor y molestia. • El aire introducido en el recto causa una distensión innecesaria.
4. Doblar colcha hacia la piecera, retirar la almohada y colocar al pte en posición de Sims izquierdo, poniendo un protector de hule por debajo de la región glútea.	<ul style="list-style-type: none"> • Un mínimo de ropa sobre el pte facilita las maniobras durante el procedimiento. • La disposición anatómica del recto favorece el paso de la solución por gravedad. • El paso de solución al intestino en contra de la gravedad, origina irritación en las paredes rectales. • La humedad en la ropa de cama favorece la aparición de úlceras por presión.
5. Separar los glúteos e introducir el extremo proximal del equipo comercial o bien lubricar la sonda e introducir de 7.5 a 10 cm con lentitud en el recto en dirección del ombligo. Abrir la pinza para permitir que el líquido fluya por declive o comprimir el envase del equipo comercial.	<ul style="list-style-type: none"> • La inserción lenta evita el espasmo del esfínter. • La eficiencia del procedimiento depende de la tranquilidad y reposo del paciente. • La irritación al TM puede provocar contracciones y malestar físico. • El recto es una cavidad óptica de 18 a 20 cm de largo, en el que se realizan procesos que liberan gases. • La última etapa de transformación del residuo de la digestión se efectúa en el colon.
6. Administrar con lentitud la solución colocándola a una altura de 30 a 45 cm para un enema alto, 30 cm para un enema normal y 7.5 cm para un enema bajo.	<ul style="list-style-type: none"> • A mayor altura, mayor presión en la solución. • Las terminaciones nerviosas del recto son sensibles al cambio de temperatura. • Las variaciones de temperatura en el recto estimulan el peristaltismo.

Intervención	Fundamentación
7. Colocar la salida de la solución contenida en el equipo comercial o en el irrigador.	<ul style="list-style-type: none"> • La presencia de dolor o molestias está determinada por el espasmo muscular del colon. • La cantidad de solución que se introduce por enema depende del tipo de cota, edad y estado del pte. • El enema de limpieza requiere por lo general de 500 a 1000 ml de volumen, a 37 a 40 °C, en tanto que el de retención requiere de 90 a 120 mL a la misma temp. • La tolerancia intestinal a la introducción de un líquido está determinada por la presión, velocidad y volumen introducidos.
8. Vigilar las reacciones del paciente durante la introducción de la solución	<ul style="list-style-type: none"> • Las afecciones del conducto gastrointestinal, inactividad física, parálisis, senectud, gestación, depresión general • Incapacidad para comunicarse con situaciones específicas que requieren vigilancia estricta durante la eliminación • Los movimientos bruscos favorecen la expulsión de la sonda. • La persistencia de molestias o tensión abdominal indican el logro de los objetivos trazados en el proce.
9. Extraer la sonda, desconectar del tubo y cubrirla con papel, colocarla en bandeja-rinón e indicarle al pte.	<ul style="list-style-type: none"> • La posición sedente facilita la expulsión del contenido intestinal. • La ropa húmeda es un factor que predispone a la formación de úlceras por presión.
10. Indicar al pte vaya al sanitario o colocarlo sobre un comodo.	<ul style="list-style-type: none"> • La posición sedente facilita la expulsión del contenido intestinal. • La ropa húmeda es un factor que predispone a la formación de úlceras por presión.
11. Retirar el comodo, cubrirlo con protector y llevarlo al cuadro séptico para observar las características del material expulsado y asearlo.	<ul style="list-style-type: none"> • La ventilación en la unidad clínica es factor físico integrante del ambiente terapéutico.
12. Lavar las manos del pte y dejarlo comodo.	<ul style="list-style-type: none"> • El agua y el jabón eliminan los microorganismos saprofitos de la piel.
13. Elaborar el informe respectivo.	<ul style="list-style-type: none"> • Las observaciones concernientes a cantidad y tipo de eliminación intestinal, están en relación con hábitos, tipo y cantidad de dieta, al estado hídrico y al tipo de padecimiento.

Indicaciones

- ▶ No forzar la introducción de la sonda, si esto sucede, puede provocar perforación intestinal.
- ▶ Suspender la administración en caso de que el paciente refiera dolor abdominal o hemorragia.
- ▶ Comprobar que no existan contraindicaciones para administrar el enema. Administrar con precaución en paciente cardíaco.

Complicaciones

- ▶ Inflamación en los tejidos que rodean el colon
- ▶ Obstrucción del tracto gastrointestinal
- ▶ Desgarro en la pared del colon
- ▶ Trauma o irritación a la mucosa
- ▶ Alteraciones electrolíticas.
- ▶ Hipervolemia/intoxicación por agua/deshidratación.
- ▶ Mareos y debilidad
- ▶ Disritmias cardíacas
- ▶ Fallo cardíaco agudo
- ▶ Retención de la Encma.

Cuidados de enfermería

- ▶ Extraiga el aire antes de introducir la sonda.
- ▶ Administrar el enema a la temperatura indicada.
- ▶ Evitar la entrada de aire al recto.
- ▶ Lubricar la sonda o cánula evitando de esta forma molestias al paciente.
- ▶ Se debe tener presente el calibre de la sonda y cánula según la edad, características del paciente y tipo de enema.
- ▶ Orientar al paciente que miccione antes de administrar el enema.

TÉCNICA DE BAÑO DE ESPONJA EN EL PACIENTE

Concepto

▶ Es el aseo general que se realiza a un paciente que no puede o que no está permitido bañarse en tina o en ducha, esto implica que la frecuencia de baño depende de la condición física del paciente, sus hábitos personales, su actividad, o el estado que guarda su piel, la cantidad de transpiración y la temperatura ambiente.



Objetivos

- ▶ Fomentar hábitos higiénicos a través de la enseñanza sobre medidas higiénicas y otros aspectos en relación a la salud.
- ▶ Limpiar y proporcionar bienestar físico.
- ▶ Eliminar las células muertas, las secreciones, el sudor y el polvo.
- ▶ Favorecer la función circulatoria por medio de la movilización y el masaje.
- ▶ Valorar el estado de la piel y apéndiceos.
- ▶ Determinar el estado mental y emocional del paciente.

Equipo y Material

- ▶ Un bañador.
- ▶ Un recipiente o jarra con agua fría.
- ▶ Un recipiente con agua caliente.
- ▶ Un balde para agua sucia.
- ▶ Una toalla.
- ▶ Un mitón o paño.
- ▶ Una toalla de cara.
- ▶ Un jaboncillo.
- ▶ Torundas de algodón.
- ▶ Tijeras o corta uñas.
- ▶ Ropa de cama, pijama hospitalario.
- ▶ Loción o crema, talco y bola.

Técnica de baño de paciente encamado

Intervención	Fundamentación
1. Preparar el equipo en el cuarto de trabajo.	• Un equipo integrado disminuye esfuerzos y optimiza las intervenciones de enfermería.
2. Explicar el procedimiento y ofrecerte el cómodo u orinal.	• Las medidas higiénicas contribuyen a que se sientan cómodos y desahogados.
3. Cerrar puertas, ventanas, cortinas o colocar un biombo si es necesario.	• La comunicación favorece la relación interpersonal entre los individuos. • Una habitación de corrientes de aire y con temp de 20 a 23 °C contribuye al bienestar físico del paciente.
4. Retirar los utensilios de la mesa de noche y trasladar el equipo a la unidad del paciente.	• El orden y la reducción del número de microorganismos aumentan la seguridad del medio.
5. Colocar una toalla sobre el tórax del paciente y realizar el cepillado bucal.	• El mal aliento, disminuye al retirar los depósitos de comida.
6. Retirar la ropa del paciente. Primero quitar la manga del brazo libre, en caso de tener canalización.	• Una maniobra cuidadosa y posición correcta del frasco, evita lesión en el sitio de canalización, y retorno sanguíneo en el catéter.
7. Colocarlo en posición de decubito dorsal, retirar la almohada, y acercar la cabeza sobre el borde proximal superior de la cama.	• Trabajar lo más cerca del objeto o paciente reduce el esfuerzo de los músculos, y como consecuencia, la fatiga.
8. Colocar una toalla sobre el tórax del paciente e introducir el cojín de Kelly por debajo de los hombros.	• El uso de cojín Kelly o hole protege la ropa de la cama asegurando una corriente constante de agua.
9. Proteger los conductos auditivos externos con torundas.	• El oído externo está constituido por el pabellón auricular y el conducto.
10. Verter agua templada con la jarra sobre el cabello y cabeza del paciente.	• La temperatura corporal depende del flujo sanguíneo existente.
11. Aplicar jabón o champú, frotar con las yemas de los dedos la superficie del cuero cabelludo y frotar el cabello cuantas veces sea necesario.	• A mayor número de microorganismos, mayor cantidad y concentración del agente destructor.

Intervención	Fundamentación
12. Enjuagar de forma constante dejando que el agua escurra a la cabeza por acción de gravedad.	• El agua corriente favorece el arrastre mecánico de los microorganismos.
13. Retivar las torundas de los conductos auditivos. Envolver el cabello con una toalla.	• El estado perfecto de la piel ayuda a prevenir irritaciones y lesiones.
14. Colocar una toalla facial sobre el tórax y asear ojos con torundas húmedas, narinas y oídos con hisopo.	• El jabón irrita la piel y las mucosas. • El agua y jabón eliminan polvo, grasa y células superficiales.
15. Con un paño húmedo lavar y enjuagar la cara iniciando por la frente, nariz, mejillas, mentón, cuello y pabellón auricular, primero del lado distal y luego del proximal (en forma de 8).	• El exceso de alcalinidad del jabón libera la grasa protectora de la piel. • Una temp de 46 a 49°C del agua para el baño no lesiona la piel. • Las lociones o cremas mantienen la piel suave, libre de grietas.
16. Limpiar los espacios subungueales y si es necesario cortar las uñas.	• Los espacios subungueales son fuente de contaminación.
17. Lavar, enjuagar y secar la parte anterior del tórax y abdomen cubriéndole con una toalla y asear con hisopo la cicatriz umbilical.	• Un baño con agua tibia favorece el descanso y sueño del pte. • Una piel sana e intacta es resistente a varios agentes químicos nocivos.
18. Secar genitales en igual orden en que se asearon.	• La humedad favorece el desarrollo de bacterias.
19. Colocar aposito, pantaletas o pantalón de pijama según el caso y dejar cómodo al pte.	• La sensación de frescura y limpieza contribuye a percibir de manera positiva un ambiente.
20. Retirar el equipo y dejarlo en condiciones de limpieza para usarse.	• Un equipo en óptimas condiciones favorece un uso correcto.
21. Informar sobre observaciones hechas, reacciones del paciente y cuidados de enfermería proporcionados.	• La evaluación integral del paciente es de especial importancia cuando tiene una piel delicada o sensible.

Indicaciones

- ▶ pacientes en estado de coma, politraumatizados, patologías (A.N, cardiopatías, etcetera), cuadripléjicos o hemipléjicos, obesidad y posoperados.

Posibles Complicaciones

- ▶ Quemaduras en la piel
- ▶ Puede ocasionar úlceras por presión
- ▶ Irritar la piel por la utilización de jabón

Cuidados de enfermería

- ▶ Estar al tanto de las posibles complicaciones que el paciente presente como irritaciones en la piel.

TÉCNICA SOBRE LAVADOS VAGINALES

CONCEPTO

El lavado vaginal consiste en lavar o limpiar la parte interna de la vagina con agua u otras mezclas líquidas.



Objetivo

La ducha vaginal es diferente a lavar la parte externa de tu vagina

durante el baño o ducha. Enjuagar la parte externa de tu vagina con agua tibia no produce daños en la misma. Sin embargo, la ducha vaginal puede causar diferentes problemas de salud.

Equipo y Material

- ▶ Canula vaginal
- ▶ Batea
- ▶ Jarra graduada.
- ▶ Toalla grande.
- ▶ Toalla pequeña o pañuelo higiénico.
- ▶ Protector de cama desechable.
- ▶ Solución limpiadora
- ▶ Guantes desechables (2 pares).
- ▶ Torundas de algodón.
- ▶ Lubricante hidrosoluble.
- ▶ Tripie/pie de acero.

Técnica del lavado vaginal

Intervención	Fundamentación
1. Explicar el procedimiento al paciente.	• El procedimiento se ha descrito para una paciente encamada.
2. Lavarte las manos y ponerte los guantes.	• El TAE permanecerá con el paciente.
3. Colocar a la paciente en posición litotomía y cubrirla con una toalla.	• La solución debe estar a 37°C. • Si la solución drena por la vagina con facilidad no será necesario que la paciente adopte la posición de Fowler.
4. La solución debe ser vaciada. Vertir la solución en el irrigador.	• La ducha vaginal es un procedimiento que puede realizar la paciente en su domicilio.
5. Cambiar la ropa interior mojada o utilizada en el procedimiento.	• El cambio de ropa interior es de suma importancia, ya que al no realizarlo puede provocar alteraciones en la parte vaginal.
6. Recoger material y lavarlo.	• El mantener un espacio en orden mejora la realización de cualquier procedimiento.
7. Registrar el procedimiento realizado.	• Es importante realizar las anotaciones de enfermería, en cualquier procedimiento realizado.

Indicaciones

- ▶ Brindar seguridad a la paciente
- ▶ Respetar la privacidad de la paciente
- ▶ Brindar una sabana a la paciente
- ▶ Asegurarse de sentir la zona íntima de la paciente.
- ▶ Acomodar sabanas limpias al finalizar el procedimiento.
- ▶ Dejar cómoda al paciente.

Posibles complicaciones

- ▶ Sangrado vaginal
- ▶ Prurito
- ▶ Irritación
- ▶ Dolor vaginal
- ▶ Hinchazón vaginal.

Cuidados de enfermería

- ▶ Revisar que el paciente no presente dolor.
- ▶ Revisar que la paciente no presente irritación.
- ▶ Revisar que la paciente no presente prurito.
- ▶ Si la paciente casos de sangrado, dirigirla al médico.
- ▶ Mantener limpia la zona genital para evitar proliferación de hongos.

Bibliografía:

Reyes G.E. (2015). (2ed). Fundamentos de enfermería. Sonora, México: Manual Moderno.

UDS. Universidad del sureste. (2020). Antología de Fundamentos de Enfermería. PDF. Recuperado el 30 de julio de 2020.