



**Presentado por:** Ávila Delesma Clara del Rosario.

**Nombre del profesor:** Lic. Nancy Domínguez Torres.

**Nombre del trabajo:** Manual de Procedimientos.

**Materia:** Fundamentos de Enfermería III.

**Grado:** 3° Cuatrimestre, Enfermería.

Pichucalco, Chiapas a 29 de julio de 2021

## Introducción

En este manual veremos los conceptos básicos de enfermería en cuestión a la atención de los pacientes, puntos claves, la manera correcta de realizarlo y sobre todo el porqué de las cosas. Nos ayudara en cuestión al aprendizaje y a las técnicas correctas que se deben utilizar, para facilitar el trabajo al personal de salud y así los procedimientos y el resultado sea de lo mejor.

## Índice

Técnicas especiales de enfermería.....	4
□ Administración de medicamentos por vía oral.....	4
□ Administración de medicamentos por vía intradérmica.....	5
□ Administración de medicamentos por vía subcutánea.....	7
□ Administración de medicamentos por vía intramuscular.....	9
□ Administración de medicamentos por vía intravenosa.....	10
Valoración de signos vitales.....	12
▪ Toma de la T/A (Tensión Arterial).....	12
▪ Toma de la frecuencia cardíaca.....	13
▪ Toma de la frecuencia respiratoria.....	14
▪ Toma de la temperatura.....	15
Tipo de baño en el paciente.....	16
➤ Baño de esponja o paciente encamado.....	16
➤ Baño de regadera.....	18
Instalación de la sonda nasogástrica.....	19
○ Lavado gástrico.....	19
○ Succión gástrica.....	21
○ Aseo perineal.....	22
○ Lavado vaginal.....	23
○ Aplicación de enemas.....	24
Conclusión.....	26
Bibliografía.....	27

## Técnicas especiales de enfermería.

- Administración de medicamentos por vía oral.

Concepto:

procedimiento por medio del cual un medicamento es administrado por la boca y se absorbe en la mucosa gastrointestinal.

Objetivos:

1. Lograr la absorción de las sustancias en el tracto digestivo.
2. Favorecer el tránsito del medicamento.

Material:

- Guantes.
- Vasos de unidosis para líquidos.
- Vasos unidosis medicación.
- Fármacos en sus distintas presentaciones.
- Agua/ líquido adecuado para seguir el tipo de fármaco.
- Jeringas con embolo color verde.

Procedimiento punto por punto:

1. Rectificar la orden prescrita en el expediente clínico.
2. Lavarse las manos antes de preparar los medicamentos, se recomienda utilizar un antiséptico de amplio espectro antimicrobiano.
3. Trasladar el equipo a la habitación del paciente, y al mismo tiempo verificar el número de cuarto o cama con los registros del paciente (el medicamento se presenta en un vasito especial para medicamentos, el cual es preparado previamente evitando que al depositarlo en el vasito toque con las manos; en caso de suspensiones se debe agitar antes de preparar la dosis).
4. Identificarse con el paciente.
5. Colocar al paciente en posición Fowler (si no existe contraindicación).
6. Explicar al paciente el objetivo de tomarse el medicamento prescrito.
7. Verificar por medio de la tarjeta de registro del horario, si corresponde el medicamento, nombre, número de cama, medicamento prescrito y dosis a administrar. Llamar por su nombre al paciente.
8. Administrar el medicamento al paciente. Si está en condiciones de tomarlo por él mismo, ofrecer el medicamento, ya sea que se le proporcione agua, leche o jugo de fruta de acuerdo a su diagnóstico.
9. Desechar el vasito o recipiente que contenía el medicamento.
10. Colocar al paciente en posición cómoda una vez que ha ingerido el medicamento.
11. Registrar en el expediente clínico la administración del medicamento.

## □ Administración de medicamentos por vía intradérmica.

### Concepto:

es la introducción de agentes químicos y biológicos dentro de la dermis (por debajo de la piel) con la característica de la formación de un abultamiento pálido en forma de piel de naranja, que asegura que la sustancia se administró correctamente.

### Objetivo:

Lograr una absorción más lenta en la piel que en el tejido celular subcutáneo muscular. Se utiliza con fines de diagnóstico, investigaciones de insensibilidad, aplicaciones de alérgenos y aplicación de vacunas.

### Material:

- Bandeja o charola para medicamentos.
- Tarjeta de registro del medicamento.
- Jeringa de 1ml (graduada en UI).
- Solución antiséptica.
- Gasas estériles de 5 x 5 ó torunda.
- Guantes estériles (es recomendable utilizarlos, sin embargo, se circunscribe a las normas de la institución).

### Procedimiento punto por punto:

1. Trasladar el equipo o carro de medicamentos (medicamento ya preparado) al paciente, verificar el número de cama o cuarto, checar la identificación del paciente y la tarjeta del medicamento. Llamar al paciente por su nombre.
2. Explicar al paciente el objetivo de administrar el medicamento, asimismo, la sensación que va a presentar al suministrarlo.
3. Lavarse las manos antes de preparar el medicamento, se recomienda utilizar un desinfectante especial para las manos de amplio espectro antimicrobiano de acción rápida y prolongada.
4. Seleccionar el sitio de inyección: Parte interna del brazo y región escapular (cara anterior del borde externo del tercio superior del antebrazo) alternado los puntos de inyección cuando se administren inyecciones múltiples, cuidando que en el área no exista lesión o datos de infección o cambios de coloración de la piel.
5. Calzarse los guantes (según las normas de la institución). Tenerla en cuenta como una de las precauciones universales.
6. Realizar la asepsia del área seleccionada, aproximada de 5 cm alrededor de la punción utilizando las reglas básicas de asepsia con un antiséptico, se recomienda al 10% de amplio espectro antimicrobiano, de la familia de los

productos clorados, hipoalergénica y que además permita visualizar el sitio de la inyección.

7. Retirar el protector de la aguja con cuidado de no contaminarla
8. Colocar el brazo del paciente en una superficie (para que sirva de apoyo y facilite la técnica) con el dedo índice y pulgar, estirar en forma suave la piel para mantenerla tensa y facilite la introducción de la aguja.
9. Introducir la aguja casi paralela al antebrazo en un ángulo de 10 a 15° con el bisel hacia arriba. No aspirar.
10. Inyectar lentamente el medicamento y observar la formación de una pequeña papulita y descoloramiento del sitio. Con esta reacción en la piel se comprueba que el medicamento fue aplicado en la dermis.
11. Extraer la aguja con cuidado. No dar masaje, ya que puede dispersar el medicamento.
12. Colocar al paciente en posición cómoda.
13. Desechar la jeringa en un recipiente especial para material punzocortante. De acuerdo a la NOM 087-ECOL-1995.
14. Registrar el medicamento y mencionar el sitio donde se administró.

## □ Administración de medicamentos por vía subcutánea.

Concepto:

significa que se aplica en el tejido adiposo, justo bajo la piel. Una inyección subcutánea es la mejor manera de administrarse ciertos medicamentos, como: Insulina. Anticoagulantes.

Objetivos:

Obtener una absorción más lenta de la medicación comparado con otras vías.

Material:

- Bandeja
- Jeringa estéril de 1 ml.
- Aguja de calibre 25 x 0.7 o del tamaño adecuado a la masa muscular.
- Fármaco.
- Torunda de algodón, con solución antiséptica.
- Guantes descartables.

Procedimiento punto por punto:

1. Lavado de manos.
2. Identificar al paciente.
3. Verificar la indicación médica.
4. Preparar la medicación de la ampolla o frasco.
5. Cambiar aguja de recarga.
6. Atención si es una insulina, porque se pierde unidad en el recambio.
7. Explicar al paciente el tratamiento a realizar.
8. Colocar al paciente en una posición cómoda.
9. Verificar estado general de la zona, – que no esté lesionada, irritada, tumefacción, otros.
10. Seleccionar especialmente cara externa del brazo, cara anterior o lateral del muslo o abdomen en zona periumbilical.
11. Limpiar con la torunda y antiséptico, con movimiento circular, comenzando por el centro.
12. Preparar la jeringa para inyectar, verificar que no tenga aire y que la aguja esté permeable.
13. Introducir la aguja en el músculo en ángulo de 45°, sostener la jeringa entre los dedos pulgar e índice.
14. Aspirar sosteniendo el cilindro de la jeringa y el émbolo hacia atrás.
15. Si vuelve sangre, retirar la aguja un poco y volver a aspirar.
16. Si no refluye sangre inyectar la medicación en forma lenta.

17. Retirar la aguja rápidamente y efectuar una leve presión (no Frotar) en zona de inyección.
18. Comprobar que no sangre la zona.
19. Comprobar que la persona se vea en condiciones óptimas.
20. Desechar todo el material usado (la aguja en su descartado sin colocar el capuchón y la jeringa, algodón y guantes en su tacho según normas).
21. Registrar toda la información de la práctica y efectos relevantes en planilla correspondiente.
22. Firmar cada registro con nombre completo, horario, número de matrícula profesional.

## □ Administración de medicamentos por vía intramuscular.

### Concepto:

es la introducción de sustancias químicas o biológicas en el tejido muscular por medio de una jeringa y aguja.

### Objetivo:

administración rápida en la que el medicamento es inyectado directamente dentro de un músculo.

### Material:

- Bandeja.
- Jeringa estéril según cantidad en C.C de solución a administrar.
- Aguja IM del tamaño adecuado a la masa muscular.
- Fármaco.
- Torunda de algodón, con solución antiséptica.
- Guantes descartables.

### Procedimiento punto por punto:

1. Lavado de manos.
2. Identificar al paciente.
3. Verificar la indicación médica.
4. Preparar la medicación según consistencia, ampolla o soluto.
5. Cambiar aguja de recarga si es polvo liofilizado.
6. Explicar al paciente el procedimiento a realizar.
7. Colocar al paciente en una posición cómoda ó decúbito ventral.
8. Verificar estado general de la zona, que no esté lesionada, irritada, tumefacción.
9. Seleccionar el cuadrante.
10. Limpiar la zona con torunda y antiséptico, y movimientos circulares comenzando por el centro.
11. Preparar la jeringa para inyectar, verificar que no tenga aire y que la aguja esté permeable.
12. Introducir la aguja en el músculo en forma perpendicular (ángulo de 90 °), sostener la jeringa entre los dedos pulgar e índice.
13. Aspirar sosteniendo el cilindro de la jeringa, el émbolo hacia atrás.

## □ Administración de medicamentos por vía intravenosa.

Concepto:

es la introducción de una sustancia medicamentosa directamente al torrente sanguíneo a través de la vena utilizando jeringa y aguja o por medio de venoclisis.

Objetivo:

Obtener un efecto máximo e inmediato del fármaco.

Material:

- Jeringa de 5 ó 10 ml
- Medicamento indicado.
- Ligadura o torniquete
- Gasas chicas o torundas.
- Solución antiséptica.
- Guantes estériles.
- Ámpula de solución inyectable (se recomienda diluir el medicamento para evitar flebitis).

Las ámpulas plásticas reducen el riesgo de causar ruptura de la ampolleta y cortaduras en los dedos de las enfermeras (os). Las ampolletas plásticas facilitan la preparación de medicamentos y evitan riesgos innecesarios.

Procedimiento punto por punto:

1. Trasladar el equipo o carro de medicamentos a la unidad del paciente y verificar el número de cama o cuarto, checar la identificación del paciente y la tarjeta del medicamento. Llamar al paciente por su nombre.
2. Lavarse las manos antes de preparar el medicamento, se recomienda utilizar un desinfectante especial para las manos de amplio espectro antimicrobiano de acción rápida y prolongada.
3. Explicar al paciente el objetivo de administrar el medicamento, asimismo, la sensación que va a presentar al suministrarlo (sensación de calor en el momento que entra el medicamento al torrente circulatorio). La explicación ayuda a disminuir la ansiedad del paciente.
4. Colocar al paciente en decúbito dorsal o sentado, apoyando el brazo sobre una superficie resistente (mesa puente)
5. Seleccionar la vena que se va a puncionar:
  - a) Generalmente se punciona en el brazo: Vena cefálica o basilica.
  - b) En la mano, venas superficiales del dorso y cara lateral.
6. Colocar la ligadura o torniquete a 10 cm arriba del sitio seleccionado para realizar la punción de la vena.
7. Colocarse rápidamente los guantes estériles.

8. Realizar la asepsia del área aproximada de 10 cm alrededor de la punción utilizando las reglas básicas de asepsia con un antiséptico, se recomienda uno de amplio espectro antimicrobiano, de la familia de los productos clorados, hipoalergénico y que además permita visualizar la vena.
9. Tomar la jeringa con el medicamento previamente ya identificado y purgarla (quitarlas burbujas de aire), dando pequeños golpecitos con la uña al cuerpo de la jeringa y empujar el émbolo con el dedo pulgar.
10. Tomar la jeringa con los dedos índice y pulgar de la mano derecha, apuntando el bisel de la jeringa hacia arriba y sujetar la vena con el dedo índice de la mano izquierda para evitar que se mueva en el momento de la punción.
11. Puncionar la vena, introduciendo el bisel de la aguja hacia arriba, tomado la vena por un lado formando un ángulo de 30° entre la jeringa y el brazo del paciente. Aspirar la jeringa una décima de cm para cerciorarse que la aguja se encuentra dentro de la vena.
12. Soltar la ligadura.
13. Introducir muy lentamente la solución del medicamento, haciendo aspiraciones periódicas de la jeringa y cerciorase que aún se encuentra la aguja dentro de la vena. Observar y preguntar al paciente si siente alguna molestia. En caso de que presente algún síntoma o signo adverso, suspender inmediatamente la aplicación, o bien, en caso de que no se encuentre dentro de la vena, suspender la aplicación e iniciar el procedimiento.
14. Terminar de administrar el medicamento, retirar la aguja y la jeringa con un movimiento suave y hacer hemostasia por espacio de 2 minutos (presión) en el sitio de la punción con una torunda impregnada de antiséptico, o bien, colocar una tira de cinta adhesiva sobre la torunda para que haga presión (informarle al paciente que se la puede quitar después de 5 minutos).
15. Observar si existe alguna reacción adversa en el paciente, informarle que si presenta alguna reacción llame por el timbre. Dejarlo cómodo y tranquilo.
16. Desechar la jeringa en recipiente especial para material punzocortante. De acuerdo a lo establecido en la NOM 087-ECOL-1995.
17. Lavarse las manos antes de atender a otro paciente como una medida de seguridad para prevenir y controlar las infecciones intrahospitalarias.
18. Registrar en el expediente clínico el medicamento administrado con la hora, fecha y si hubo reacciones especiales en el paciente.

## Valoración de signos vitales

- Toma de la T/A (Tensión Arterial).

Concepto:

fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes de las arterias para mantener la circulación sanguínea en el organismo.

Objetivo:

Medir la presión ejercida por la sangre sobre las paredes de las arterias con relación a la intensidad del flujo sanguíneo.

Material:

- Manómetro de mercurio.
- Manómetros aneroides.
- Manguitos para adulto, dos tamaños.
- Estetoscopio con campana de gran diámetro.

Procedimiento punto por punto:

Cuando se cite al paciente, se le indicará que acuda con ropa holgada que permita llevar el manguito en el brazo de forma cómoda y con cinturón para facilitar la colocación de la grabadora. En la consulta se colocarán el manguito, en el brazo no dominante del paciente, siguiendo las mismas pautas que para la TA, y la grabadora, que deberá ir protegida por una funda, explicándole su funcionamiento, e indicándole que continúe realizando sus actividades, evitando conducir, pues podría resultar peligroso, y que durante el inflado del manguito procure mantener el brazo en reposo y en extensión. Las mediciones se programan por periodos cada 15 ó 20 minutos durante el día y cada hora durante la noche. Los cables, camuflados bajo la ropa, se conectan a la grabadora que funciona con baterías con autonomía para aproximadamente 200 lecturas.<sup>2, 4, 9</sup> El médico solicitante indicará si el paciente debe mantener o suspender el tratamiento antihipertensivo antes de realizar la prueba

- Toma de la frecuencia cardiaca.

Concepto:

el número de veces que el corazón late durante cierto periodo, por lo general un minuto.

Objetivo:

Determinar la frecuencia (normal, bradicardia o taquicardia), ritmo (pulso rítmico o arrítmico), volumen y simetría de los pulsos para valorar la función cardiocirculatoria e identificar anomalías, si las hay.

Material:

- Reloj con segundero.
- Libreta y pluma para anotaciones.
- Hoja de reporte y gráfica para signos vitales.

Procedimiento punto por punto:

1. Trasladar el equipo a la unidad del paciente.
2. Verificar datos de identificación del paciente. Llamarle por su nombre.
3. Lavarse las manos.
4. Explicar el procedimiento al paciente.
5. Seleccionar la arteria en que se tomará la frecuencia del pulso: Radial, temporal, facial, carotídeo, humeral, femoral o pedio.

- Toma de la frecuencia respiratoria.

Concepto:

son las acciones que se efectúan para conocer la frecuencia, ritmo y amplitud de las respiraciones de un paciente.

Objetivo:

Conocer las variaciones de la respiración del paciente, para valorar su estado y curso de la enfermedad.

Material:

- Reloj con segundero.
- Libreta y pluma para anotaciones.
- Hoja de reporte y gráfica para signos vitales.

Procedimiento punto por punto:

1. Trasladar el equipo a la unidad del paciente.
2. Verificar datos de identificación del paciente. Llamarle por su nombre.
3. Lavarse las manos.
4. Explicar el procedimiento al paciente.
5. Observar la elevación y descenso del abdomen del paciente durante 30 segundos, multiplicar por dos y observar: Profundidad y esfuerzo para respirar, amplitud y ritmo de las respiraciones. Sonido en caso de presencia. Coloración del paciente. Un minuto completo es más apropiado para patrones respiratorios anormales.
6. Registrar la frecuencia respiratoria obtenida en la hoja correspondiente del expediente clínico y graficarla, observar si el ritmo y profundidad están alterados. Anotar la fecha y hora de la toma del procedimiento.
7. Compare la frecuencia respiratoria con registros anteriores.

- Toma de la temperatura.

Concepto:

son las acciones realizadas para medir la temperatura del organismo humano, adopta el nombre según la cavidad o zona donde se toma.

Objetivo:

Evaluar el estado de termorregulación del individuo. Mantener un registro gráfico del paciente. Reconocer y referir los cambios y alteraciones que precisen revisión médica.

Material:

Los termómetros de uso común son los que tienen escala de mercurio, pueden ser de bulbo corto, ancho y romo (para medición de temperatura rectal) y de bulbo largo (para toma de temperatura axilar, bucal o inguinal). La escala de medición está graduada en grados centígrados o Fahrenheit. El termómetro está dividido en grados y décimas de grados, y sus límites son de 34 a 42.2°C y de 94 a 108°F.

Procedimiento punto por punto:

1. Lavarse las manos.
2. Explicar el procedimiento al paciente.
3. Sacar el termómetro del porta termómetro y limpiarlo con una torunda con solución desinfectante, secarlo con otra nueva y desechar las torundas.
4. Rectificar que la columna del mercurio registre menos de 35° C, si no es así, tome el termómetro con el dedo índice y pulgar y agítelo enérgicamente mediante movimientos hacia abajo y bajar el nivel del mercurio a 35° C.
5. Solicitar al paciente que abra la boca.
6. Colocar el termómetro en la boca del paciente, en la región sublingual (debajo de la lengua), descansándolo en la comisura e indicar al paciente que mantenga sus labios cerrados.
7. Dejar el termómetro de 1-3 minutos.
8. Retirar el termómetro y secarlo con una torunda seca en dirección del bulbo.
9. Verificar los grados de temperatura corporal registrados por el paciente y anotar la cifra en la libreta correspondiente, indicando la fecha y hora del procedimiento.
10. Bajar la escala del mercurio hasta 35° C como en el punto No. 6.
11. Lavar el termómetro con solución desinfectante y colocarlo nuevamente en el porta termómetro.
12. Para la esterilización de los termómetros utilizados, se recomienda colocarlos en solución desinfectante al 10% durante 30 minutos o al 15% durante 15 minutos.
13. Colocarlos nuevamente en los porta termómetros para su uso posterior.

## Tipo de baño en el paciente.

- Baño de esponja o paciente encamado.

Concepto:

es la limpieza del cuerpo con agua y jabón cuando el paciente está incapacitado para hacerlo por sí mismo.

Objetivo:

Proporcionar al paciente el aseo necesario para satisfacer las necesidades de higiene y confort, conservando el buen estado de hidratación de la piel.

Materiales:

- Aceite.
- Artículos de higiene personal.
- Bolsa para residuos.
- Esponja sin jabón.
- Guantes no estériles.
- Jabón neutro.
- Papel higiénico.
- Peine.
- Registros de Enfermería.
- Vaselina líquida.

Paso punto por punto:

1. Realizar lavado de manos
2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
3. Informar al paciente.
4. Preservar la intimidad del paciente.
5. Mantener temperatura adecuada y evitar corrientes de aire en la habitación.
6. Proteger al paciente de las caídas.
7. Colocarse guantes.
8. Preparar agua a temperatura adecuada.
9. Colocar al paciente en decúbito supino.
10. Desnudar al paciente y cubrirlo parcialmente con la sábana.
11. Comenzar a lavar al paciente por la cara con agua sin jabón. Secar.
12. Lavar con agua y jabón el cuello, orejas, brazos y axilas. Enjuagar y secar.
13. Acercar la palangana al borde de la cama y permitir que el paciente introduzca las manos y se las lave. Secarle las manos.
14. Cambiar el agua, jabón y esponja.
15. Seguir lavando el tórax. En las mujeres incidir de manera especial en la zona submamaria. Continuar con el abdomen. Enjuagar y secar.

16. Colocar al paciente en decúbito lateral (G – 3.2).
17. Lavar la parte posterior del cuello, hombros, espalda y nalgas. Enjuagar y secar.
18. Colocar de nuevo al paciente en decúbito supino (G – 3).
19. Lavar extremidades inferiores prestando mayor atención a los pliegues interdigitales. Enjuagar y secar.
20. Cambiar el agua, jabón y la esponja.
21. Lavar genitales y zona anal Enjuagar.
22. Secar bien la piel, poniendo especial atención a los pliegues cutáneos.
23. Frotar la espalda con aceite o vaselina líquida.
24. Vestir al paciente con el pijama o el camisón.
25. Peinar al paciente y facilitar el uso de los artículos de aseo personal (desodorante, colonia, talco...). Observar el estado de las uñas, limpiar y cortar si es necesario.
26. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
27. Recoger el material.
28. Retirarse los guantes.
29. Realizar lavado de manos.
30. Anotar en los registros las posibles incidencias.

## ➤ Baño de regadera.

Concepto:

Es la limpieza general del cuerpo a través de agua y jabón.

Objetivo:

Proporcionar bienestar y confort al paciente además de ayudar al control térmico y favorecer la circulación.

Materiales:

- Regadera con soportes de seguridad y banco.
- Porta sueros de pie.
- Toalla y bata limpia.
- Ropa de cama limpia para la unidad del paciente.
- Jabón de tocador.
- Artículos de higiene personal (sandalias, pasta dentífrica, cepillo, peine, papel higiénico, etc).

Paso punto por punto:

1. Lavarse las manos y preparar el equipo.
2. Trasladarlo a la unidad del paciente.
3. Identificar al paciente y explicarle el procedimiento, adoptando medidas para actuar en privado. Llevarlo a la regadera e indicarle cuál es la llave de agua fría y de la caliente.
4. Dejarle la ropa limpia para cambio.
5. Asegurar la solución al porta sueros y cerrar la llave de paso.
6. Abrir las llaves del agua y regularla hasta que alcance una temperatura de 36 a 37° C, y cierre para evitar enfriamientos.
7. Ayudar al paciente a sujetarse y sentarse posteriormente para comodidad y seguridad, si es posible dejar que un familiar le auxilie, en caso de no contar con el apoyarle hasta donde sea necesario. Instruirle para que empiece por la cabeza y termine con los genitales y pies.
8. Una vez que haya terminado proporcionarle la toalla para que se seque perfectamente y la bata para que se vista.
9. Permítale que lleve a cabo su costumbre de limpieza para que posteriormente se dirija a su unidad la cual previamente ya debe haber sido aseada y cambiada la ropa de cama de acuerdo a los procedimientos establecidos.
10. Una vez que el paciente haya vuelto a su unidad abrir el paso a su solución parenteral si la tiene y regular el goteo.
11. Déjelo cómodo y retire la ropa húmeda y sucia dándole los cuidados posteriores a su uso. 14. Realizar el registro de enfermería

## Instalación de la sonda nasogástrica.

- Lavado gástrico.

Concepto:

técnica aplicada para vaciar el contenido del estómago, de forma que las sustancias no lleguen al tubo digestivo y evitar que sean absorbidas por el organismo.

Objetivo:

Eliminar sustancias tóxicas de la cavidad gástrica por dilución en el líquido de lavado y por arrastre mecánico.

Materiales:

- Sonda nasogástrica.
- Gasas.
- Lubricante hidrosoluble.
- Jeringa de 50 ml cono ancho.
- Fonendoscopio.
- Solución de lavado (Agua, suero fisiológico, carbón activado...)
- Cubeta de recogida del líquido eliminado (batea, bolsa recolectora...)
- Cinta adhesiva o dispositivo de sujeción.

Paso punto por punto:

1. Seleccionar y preparar el material.
2. Lavado de manos y colocación de guantes.
3. Medir la longitud de la sonda que es necesario introducir.
4. Lubricar la porción distal de la sonda.
5. Comenzar a introducir por la cavidad oral, sin forzar, recomendando al paciente que trague para facilitar su avance. Es conveniente colocar el cuello en ligera flexión ventral.
6. Comprobar la ubicación de la sonda auscultando el epigastrio a la vez que se insufla aire con la jeringa de 50 cc.
7. Aspirar con la jeringa el mayor contenido gástrico posible, reservando una muestra para su posterior análisis toxicológico.
8. Introducir agua tibia en cantidad entre 150 y 300 ml.
9. Masajear suavemente el epigastrio para favorecer la dilución del tóxico con el líquido.
10. Vaciar el estómago colocando la porción proximal de la sonda por debajo del nivel del estómago o aspirando.
11. Observar la cantidad de líquido, se debe recuperar aproximadamente el mismo volumen que se introdujo.

12. Repetir esta acción hasta que el contenido salga claro o un máximo de 10 veces (un total de 3 l. de líquido, cantidades superiores pueden provocar una intoxicación hídrica).
13. Completar el lavado, si está indicado, con la administración de carbón activado y el catártico.
14. Clamplar la sonda en su porción proximal y retirar.

- **Succión gástrica.**

Concepto:

procedimiento para vaciar los contenidos del estómago como líquidos o gases.

Objetivo:

1. Contribuir al drenaje de gases y secreciones gástricas.
2. Prevenir y disminuir la emesis.

Materiales:

- Sonda nasogástrica de tipo Levin (una sola luz) o Salem (dos luces).
- Sonda de conexión.
- Tubo de vidrio de conexión.
- Riñonera con hielo.
- Jeringa de 10 o 20 cc.
- Jeringa asepto (de preferencia).
- Guantes.
- Esparadrapo.
- Papel higiénico
- Bolsa de papel para descargar material.
- Solución desinfectante.
- Aparato de succión.

Paso punto por punto:

1. Verificar la orden medica revisando el expediente clínico.
2. Identificar e instruir a paciente para asegurar la colaboración y aceptación del procedimiento.
3. Lavarse las manos.
4. Llevar el equipo a la unidad.
5. Colocar al paciente en posición fowler.
6. Procesar a colocarle la sonda nasogástrica.
7. Fijar la sonda con esparadrapo y conectarla al aparato de succión.
8. Fijar la sonda a la cama del paciente. .
9. Explicar la paciente los cuidados que debe tener.

- Aseo perineal.

Concepto:

procedimiento que consiste en el lavado periódico, aséptico, externo de la región perineal (genitales externos y región anal).

Objetivo:

Evitar la proliferación de gérmenes patógenos.

Materiales:

- Empapadores.
- Guantes no estériles.
- Gasas limpias.
- Agua templada.
- Batea/Cuña.
- Esponja jabonosa.
- Papel higiénico.

Paso punto por punto:

1. Informar al/la paciente de la técnica que se va a realizar y pedir su colaboración.
2. Colocarse unos guantes no estériles.
3. Si es posible, ajustar la cama para que la técnica se pueda realizar de la manera más cómoda para el/la profesional.
4. Colocaremos un empapador debajo del cuerpo del/la paciente.
5. Situar al/la paciente en decúbito supino, con los miembros inferiores flexionados (si es posible).
6. Observar el estado del periné.
7. Si existiesen restos de heces, retirarlos con papel higiénico.
8. Colocar un empapador sobre el/la paciente para protegerlo de la humedad.
9. Colocar la batea o cuña debajo del periné de la persona.
10. Se hará un lavado por arrastre dejando caer agua templada sobre el pene.
11. Bajar el prepucio con delicadeza y dejar caer agua sobre el glande.
12. Con unas gasas limpias, limpiar todo el glande y secarlo.
13. Volver a subir el prepucio.
14. Limpiar la zona anal.
15. Enjuagar la zona con abundante agua templada.
16. Secar la zona con una toalla limpia.

- Lavado vaginal.

Concepto:

práctica de lavar o irrigar el interior de la vagina con agua u otros líquidos.

Objetivo:

Mantener la higiene necesaria en la región genital de la paciente

Materiales:

- Cuña.
- 2 toallas de uso exclusivo,
- Torundas de algodón, chata,
- Dos jarras de agua tibia (de tolerancia de la persona),
- Bolsa de basura.
- Gel.
- Guantes.
- Pinzas.

Paso punto por punto:

1. Informar a la paciente sobre la técnica a realizar y pedir su colaboración.
2. Proporcionar intimidad a la paciente.
3. Lavar las manos y poner guantes.
4. Colocar a la paciente en decúbito supino con las rodillas flexionadas y separadas (abducción).
5. Descubrir el área genital.
6. Colocar la cuña.
7. Verter sobre la vulva agua tibia con la solución antiséptica.
8. Limpiar con torundas de algodón empapadas en jabón antiséptico los labios mayores, cambiar la torunda, separar los labios menores para lavar los pliegues, de arriba abajo, terminando en el ano. Aclarar con agua tibia.
9. Secar con torundas de algodón, siempre de arriba hacia abajo.
10. Retirar la cuña.
11. Girar a la paciente de lado y secar la zona perineal desde la vagina hacia el ano.
12. Desechar las torundas de algodón y todo el equipo desechable dentro de una bolsa.
13. Acomodar a la paciente.
14. Sacar guantes.
15. Lavar manos.
16. Registrar en la hoja de comentarios de enfermería las incidencias que hubiera.

- Aplicación de enemas.

Concepto:

solución que se introduce mediante una cánula, en el interior del recto y el colon sigmoideo, a través del ano buscando una finalidad específica.

Objetivo:

Promover la defecación

Materiales:

- Recipiente con solución indicada.
- Guantes estériles
- Irrigador con su tramo de goma, adaptador, pinza protegida o llave de seguridad.
- Sondas rectales o cánulas.
- Lubricantes.
- Torundas.
- Hule y sábana tirante.
- Porta irrigador.
- Riñonera o similar para desechos.
- Papel higiénico.
- Cuña (si es necesario).
- Agua, jabón y toalla (si es necesario el aseo de la región por la enfermera).
- Pera o jeringa para uso en pediatría.

Paso punto por punto:

1. Verificar la indicación médica en el expediente clínico.
2. Verificar la identificación del paciente. Llamarle por su nombre.
3. Trasladar el equipo y materiales a la unidad del paciente.
4. Lavarse las manos.
5. Explicar al paciente en qué consiste la realización del procedimiento, respetando al máximo su intimidad.
6. Preparar y tener dispuesto el material. Colocar el equipo irrigador y/o la bolsa con la solución a administrar, previamente tibia a temperatura corporal en el soporte (puntapié) a una altura máxima de 50 cm sobre el nivel del paciente.
7. Conectar la sonda al extremo del tubo transportador del irrigador o bolsa. Lubricar la punta de la sonda. Extraer el aire del sistema del equipo para irrigar y de la sonda. Pinzar el sistema para evitar que la solución siga saliendo.
8. Colocar al paciente en posición de Sims. Decúbito lateral izquierdo con la extremidad inferior derecha flexionada, si no está contraindicado. Descubrir

solamente la región.  
Colocarse los guantes.

9. Separar con una mano los glúteos para visualizar el orificio anal; con la otra mano introducir suavemente el extremo distal de la sonda rectal, unos 10 cm aproximadamente.
10. Despinzar el sistema y dejar pasar lentamente la solución al paciente, de tal manera que éste lo tolere sin molestias. Terminar de administrar la cantidad de solución indicada.
11. Pinzar el sistema y retirar suavemente la sonda, desecharla conforme lo marca la NOM 087-ECOL-1995.
12. Colocar al paciente en decúbito lateral derecho. Motivar al paciente para que retenga la solución de 5 a 10 minutos.
13. Colocar el cómodo al paciente y/o ayudarlo a que evacúe en el sanitario el enema y las heces fecales.
14. Asear al paciente o proporcionarle los medios (papel sanitario) para que él, si está en condiciones, se lo realice solo.
15. Registrar en el expediente clínico el procedimiento realizado, la cantidad de solución administrada y si se cumplió el objetivo para el cual fue administrada.
16. Asimismo, incluir la fecha, hora, características de la eliminación e incidencias durante el procedimiento.

## Conclusión

Espero cada punto del manual este bien explicado para que así las técnicas estén claras y se utilice la correcta, en cuestión a la valoración de los signos que cada uno de ello se haga con el material necesario, parecen cosas fáciles pero cada acción tiene un orden que se debe respetar para que todo procedimiento sea de éxito.

## Bibliografía

- ❖ [https://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4\\_1\\_2.htm](https://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_1_2.htm)
- ❖ [http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user\\_upload/area\\_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos\\_2012/rt8\\_admon\\_medicacion\\_via\\_oral.pdf](http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/rt8_admon_medicacion_via_oral.pdf)
- ❖ <https://femora.sergas.es/Administracion-de-medicacion/Definici%C3%B3n--Adm--medicaci%C3%B3n-por-v%C3%ADa-intrad%C3%A9rmica?idioma=es#:~:text=La%20administraci%C3%B3n%20de%20sustancias%20por,la%20sustancia%20se%20administr%C3%B3%20correctamente.>
- ❖ [https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user\\_upload/area\\_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos\\_2012/rt6\\_admon\\_medicacion\\_intradermica.pdf](https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/rt6_admon_medicacion_intradermica.pdf)
- ❖ <https://enfermeriabuenosaires.com/administracion-de-farmacos-por-via-subcutanea/#:~:text=Administrar%20un%20f%C3%A1rmaco%20en%20el,p%20una%20v%C3%ADa%20m%C3%A1s%20r%C3%A1pida.>
- ❖ [https://es.wikipedia.org/wiki/Inyecci%C3%B3n\\_intramuscular](https://es.wikipedia.org/wiki/Inyecci%C3%B3n_intramuscular)
- ❖ <https://enfermeriabuenosaires.com/administracion-de-farmacos-por-via-intramuscular/>
- ❖ <https://enfermeriabuenosaires.com/objetivos-tecnicas/>
- ❖ <https://femora.sergas.gal/Biomedidas/Objetivos-e-diagn%C3%B3sticos-de-enfermer%C3%ADa--TA?idioma=es&print=1#:~:text=Medir%20la%20presi%C3%B3n%20ejercida%20por,presi%C3%B3n%20tensi%C3%B3n%20arterial%20del%20paciente.>
- ❖ <https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/1401.pdf>
- ❖ [https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/cap\\_10\\_sec\\_07.pdf](https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/cap_10_sec_07.pdf)
- ❖ <https://definicion.de/frecuencia-cardiaca/#:~:text=Se%20conoce%20como%20frecuencia%20card%C3%A1ca,tomarse%20en%20distintos%20puntos%20corporales.>
- ❖ <https://femora.sergas.gal/Biomedidas/Objetivos-e-diagn%C3%B3sticos--FC?idioma=es&print=1>
- ❖ [http://famen.ujed.mx/doc/manual-de-practicas/b-2017/02\\_Prac\\_03.pdf](http://famen.ujed.mx/doc/manual-de-practicas/b-2017/02_Prac_03.pdf)
- ❖ [https://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4\\_1\\_1.htm](https://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_1_1.htm)
- ❖ <https://enfermeriabuenosaires.com/control-de-signos-vitales/>
- ❖ <http://tareasbasicasdeenfermeria.blogspot.com/2015/02/tipos-de-banos-del-paciente.html>
- ❖ <https://www.lifeder.com/bano-de-esponja/>
- ❖ [https://www.fcsalud.mx/Enfermeria/docs/Practica\\_clinica/MANUALES/LABOR\\_T.pdf](https://www.fcsalud.mx/Enfermeria/docs/Practica_clinica/MANUALES/LABOR_T.pdf)
- ❖ <https://www.saludsavia.com/contenidos-salud/otros-contenidos/lavado-gastrico>

- ❖ <http://www.areasaludplasencia.es/wasp/pdfs/7/711095.pdf>
- ❖ <https://enferurg.com/protocolo-lavado-gastrico/>
- ❖ <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003882.htm#:~:text=Es%20un%20procedimiento%20para%20vaciar%20los%20contenidos%20del%20est%C3%B3mago.>
- ❖ <https://prezi.com/frpixuzf86q0/succion-gastrica/>
- ❖ [http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user\\_upload/area\\_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos\\_2012/b5\\_higienes\\_perianal.pdf](http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/b5_higienes_perianal.pdf)
- ❖ [http://mural.uv.es/vipenfer/tecnicas\\_cuidados\\_higienePerinealMasculina.html](http://mural.uv.es/vipenfer/tecnicas_cuidados_higienePerinealMasculina.html)
- ❖ <https://www.bbc.com/mundo/noticias-37276478>
- ❖ <http://viejo.enferurg.com/protocoloschus/303.pdf>
- ❖ <https://yoamoenfermeriablog.com/2019/04/24/enema-evacuante-tecnica/#Procedimiento>