



Mi Universidad

Manual de procedimientos

Nombre del Alumno: Sonia Avila Sánchez

Nombre del tema: Manual de procedimientos

Nombre de la Materia: Fundamentos de enfermería

Nombre del profesor: Selene Ramírez

Nombre de la Licenciatura: Lic. En enfermería

Cuatrimestre: 3 B

INTRODUCCION

Iniciando este manual de procedimiento daremos a conocer puntos clave como definiciones , conceptos , procedimientos y los materiales utilizados para una buena ejecución con los pacientes ,tratemos además las técnicas especiales de enfermería , administración de medicamentos por vía oral, vía intradérmica y vía subcutánea .También es importante mencionar la manera correcta de administración de los fármacos en el cuerpo así como las ventajas y riesgos que esto conlleva por lo que es de suma importancia conocer la manera que aplicaremos los fármacos dependiendo de la necesidad requerida del paciente.

También incluimos información sobre el cuidado y valoración de la salud en el adulto ya que en la edad que se encuentran requieren de cuidados y tratamiento más adaptados para ellos así como los son tipos de baños y el lavado genital en mujeres y hombres en caso que paciente este indispuesto es por ello que te recomiendo leer paso a paso cada concepto para así adquirir un amplio conocimiento sobre el tema a tratar.

INDICE

TÉCNICAS ESPECIALES DE ENFERMERÍA.....	4
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ORAL.....	9
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRADÉRMICA.	10
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA SUBCUTÁNEA.....	12
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA INTRAMUSCULAR.	14
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRAVENOSA.....	16
VALORACIÓN DE LA SALUD EN EL ADULTO	18
TIPOS DE BAÑOS EN EL PACIENTE.....	19
SUCCIÓN GÁSTRICA.....	21
LAVADO GENITAL.....	24
ENEMAS.....	27
CONCLUSIÓN.....	30
BIBLIOGRAFÍA.....	31

VALORACION DE LA SALUD

La valoración del estado de salud es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado que realizan los profesionales de enfermería mediante un pensamiento crítico para recolectar, seleccionar y organizar la información de salud.

Técnicas especiales de enfermería

LAVADO DE MANOS CLÍNICO



CONCEPTO: El lavado de manos es la medida más importante para reducir el riesgo de transmisión de microorganismos. Está demostrado que las manos del personal sanitario son la vía de transmisión de la mayoría de las infecciones cruzadas y de algunos brotes epidémicos.

OBJETIVO: Eliminar la suciedad, materia orgánica y flora transitoria y parte de la flora residente de las manos, consiguiendo además cierta actividad microbiana residual.

MATERIAL: Jabón líquido con antiséptico (solución jabonosa), en dispensador desechable, con dosificador. Cepillo de uñas desechable

(preferiblemente impregnado en solución antiséptica). Toalla o compresa estéril y agua.

PROCEDIMIENTO

- Apertura la llave del caño hasta obtener agua a chorro moderado que permita el arrastre mecánico.
- Humedezca sus manos.
- Aplicar en la palma de la mano Clorhexidina al 2%.
- Realice el frotado hasta obtener espuma en toda la superficie de las manos
- Realice el frotado de las palmas de mano entre sí
Realice el frotado de la palma derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
- Realice el frotado de las palmas de mano entre sí, con los dedos entrelazados.
- Realice el frotado del dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
- Realice el frotado del pulgar izquierdo con movimiento de rotación atrapándolo con la palma de mano derecha y viceversa
- Realice el frotado de la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa
- Enjuáguese las manos, de la parte distal a la proximal con agua a chorro moderado y no sacudirlas
- Cierre la espita del caño con la misma toalla que utilizó.



LOS 5 MOMENTOS DEL LAVADO DE MANOS



CONCEPTO: El lavado de manos es la frotación vigorosa de las manos previamente enjabonadas, seguida de un aclarado con agua abundante, con el fin de eliminar la suciedad, materia orgánica, flora transitoria y residente, y así evitar la transmisión de estos microorganismos de persona a persona.

OBJETIVO: lave para la higiene de manos recomendados por la OMS son: antes de tocar al paciente, antes de realizar una tarea de limpia o aséptica, después del riesgo de exposición a líquidos corporales, después de tocar al paciente, y después del contacto con el entorno del paciente

1. Antes del contacto con el paciente. Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que usted tiene en las manos. Ejemplo: al estrecharle la mano, al ayudarlo a moverse, al realizar un examen clínico.
2. Antes de realizar una tarea limpia/aséptica. Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que puedan ingresar a su cuerpo, incluido sus propios gérmenes. Ejemplo: cuidado oral, dental, aspiración de secreciones, curaciones, inserción de catéteres, preparación de alimentos, administración de medicamentos.
3. Después de una exposición a fluidos corporales y después de quitarse los guantes: Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de gérmenes dañinos del paciente. Ejemplo: cuidado oral, dental, aspiración de secreciones, extracción y manipulación de sangre, orina, heces y desechos de los pacientes.

4. Después del contacto con el paciente: Realizar la higiene de las manos después de tocar al paciente o su entorno inmediato, cuando nos alejamos del paciente. Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de gérmenes dañinos del paciente. Ejemplo: al estrecharle la mano, al ayudarlo a moverse, al realizar un examen clínico.
5. Después del contacto con el entorno del paciente: Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de gérmenes dañinos del paciente. Ejemplo: cambiar la ropa de cama, ajustar la velocidad de perfusión.



CORRECTOS PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS



10 CORRECTOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

EMS España / Emergency Medical Services en España

- | | |
|--|---|
| 1. MEDICAMENTO CORRECTO |  |
| 2. PACIENTE CORRECTO |  |
| 3. DOSIS CORRECTA |  |
| 4. VIA CORRECTA |  |
| 5. HORA CORRECTA |  |
| 6. VERIFICAR FECHA DE CADUCIDAD DEL MEDICAMENTO |  |
| 7. PREPARE Y ADMINISTRE USTED MISMO EL MEDICAMENTO |  |
| 8. REGISTRE USTED MISMO EL MEDICAMENTO Y LA HORA DE ADMINISTRACION |  |
| 9. VELOCIDAD DE INFUSIÓN CORRECTA |  |
| 10. ESTAR ENTERADOS DE POSIBLES ALTERACIONES |  |

CONCEPTO: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el uso adecuado de los medicamentos implica que el paciente reciba cada medicamento para la indicación específica, en la dosis correcta, durante el tiempo establecido y al menor coste posible para él y para la sociedad.

OBJETIVO: La importancia de este punto radica en dos aspectos: Educación sanitaria al paciente sobre toda la medicación que toma, para que así entienda todo lo relacionado con su medicación. La potencial detección de errores por parte del paciente, actuando de último filtro cuando conoce su medicación.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ORAL



CONCEPTO: El medicamento es introducido en el organismo a través de la boca, donde es deglutido, pasa al estómago y al intestino, donde es absorbido y desde donde ejerce su acción terapéutica.

TIPOS DE MEDICAMENTOS: Pueden ser sólidas o líquidas. Entre las formas sólidas, podemos encontrar, por ejemplo, comprimidos, cápsulas y polvos; y entre las formas líquidas, existen jarabes, gotas o formas en elixir o en suspensión



ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRADÉRMICA.



CONCEPTO

Es una vía de administración de medicamentos, que consiste en la inyección en la dermis. Por lo general es utilizada para realizar pruebas de sensibilidad a un fármaco específico, o para la aplicación de vacunas.

OBJETIVO

Vía intradérmica: es una de las cuatro vías parenterales que existen para la administración de fármacos, generalmente anestésicos locales. Es también el acceso que se emplea para la realización de algunas pruebas diagnósticas o pruebas cutáneas para definir si se es alérgico o no a determinadas sustancias.

MATERIAL

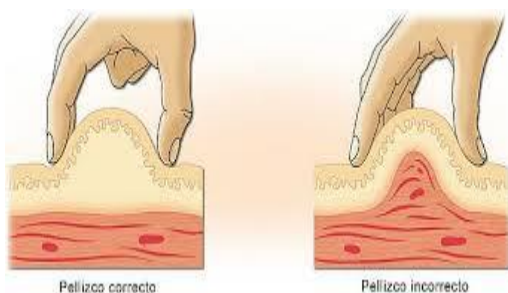
- Medicación prescrita.
- Batea.
- Guantes no estériles.
- Aguja para preparar medicación.
- Aguja de 25 G., 9,5-16mm. y bisel corto.
- Jeringa graduada de 0.5-1 ml.
- Algodón o gasa.
- Solución antiséptica incolora

PROCEDIMIENTO

- Explique el procedimiento al paciente, el propósito, el lugar de la inyección y cómo debe cooperar.
- Lávese las manos y póngase guantes desechables.
- Coloque al paciente y seleccione el área ventral del antebrazo, parte superior del tórax o parte superior de la espalda debajo de las escápulas.
- Limpie el sitio con torunda de algodón con alcohol en movimiento circular moviéndose hacia afuera. Permita que la piel se seque. Mantenga el algodón en la bandeja limpia para volver a utilizarlo cuando saque la aguja.
- Retire la tapa de la aguja con la mano no dominante tirando de ella hacia afuera.
- Use la mano no dominante para extender la piel y tensarla sobre el sitio de la inyección.
- Coloque la aguja casi plana contra la piel del paciente. Inserte un bisel de 1/8-pulgada arriba para que la aguja se pueda ver a través de la piel.
- Lentamente inyecte el medicamento (0.01 ml-0.1 ml) para ver si se desarrolla una ampolla / ampolla (la apariencia de la ampolla / pápula indica que la aguja está en el tejido intradérmico). Si no está presente, retire la aguja levemente e inyecte la medicación.
- Retire la aguja rápidamente en el mismo ángulo en que se insertó.
- No masajear el área. UNIVERSIDAD DEL SURESTE 89 o No reencapuchar la aguja. Desecharla la jeringa y la aguja en el receptáculo apropiado.
- Retire el guante y lávese las manos o Dibuje un círculo usando una pluma azul / negra alrededor del sitio de inyección. Escriba la fecha y hora de administración del medicamento.
- Verifique la reacción dentro de los 15-20 minutos.



Administración de medicamentos por vía subcutánea.



CONCEPTO

Es una vía parenteral, la cual consiste en la aplicación de un producto farmacéutico en el tejido subcutáneo o tejido graso. Es una vía de absorción lenta y es la vía de elección en tratamientos frecuentes, regímenes a largo plazo o autoadministración. Los medicamentos administrados por vía subcutánea son aquellos que requieren una absorción lenta y sostenida tales como la insulina y la heparina de bajo peso molecular.

OBJETIVO

Es una alternativa terapéutica eficaz en la hidratación, sedación y control de algunos síntomas e incluso en la administración de antibioticoterapia, aunque son muy pocos los antibióticos que se pueden administrar a través de esta vía, según la bibliografía consultada

MATERIAL

Las agujas para la inyección subcutánea pueden ser de pequeño calibre número 25 a 26 ó 24 a 23 de bisel corto y de 16 a 22 mm de longitud.

PROCEDIMIENTO

1. Formar un pliegue cutáneo superficial (pellizco de piel) con los dedos índice y pulgar de la mano no dominante
2. Sostener la jeringa con la mano dominante e introducir la aguja con el bisel hacia arriba con un ángulo 90° (evidencia nivel IV)¹⁶ (preferentemente si es insulina). En personas delgadas con poco tejido adiposo y en los niños, se puede administrar con un ángulo de 45° para evitar llegar al músculo.¹⁶⁻¹⁸
3. Generalmente no es necesario aspirar por rutina en el caso de insulina o heparina.
4. No hace falta aspirar al administrar heparina o insulina (Grado C) Sin embargo, en el caso de vacunas o medicamentos subcutáneos a inyectar a personas delgadas o niños, podemos comprobar que no estamos en vena aspirando ligeramente; si al aspirar refluye sangre, retirar la aguja y desechar la jeringa y medicación, repetir el procedimiento .
5. Esperar brevemente unos 5 segundos antes de retirar la aguja y soltar el pliegue cutáneo, para ayudar a evitar el retroceso de la sustancia inyectada. Usar una gasa o algodón para limpiar la gota de sangre o líquido que haya podido salir. No es necesario masajear o friccionar la piel.
6. Dejar acomodado el paciente.
7. Depositar las agujas en el contenedor de objetos punzantes.
8. Lavar las manos o usar solución hidroalcohólica



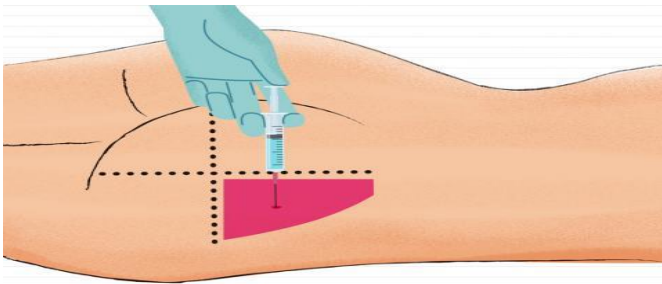
FACTORES QUE INFLUENCIAN EL DOLOR DE LA INYECCIÓN

- Rapidez de la inyección
- Sitio de la inyección
- Temperatura del fármaco
- Parámetros de la formulación.
- Diferencia de la tolerancia paciente a paciente.
- Diámetro de la aguja.
- Terapia antes de la inyección

SITIO DE INYECCIÓN

Las inyecciones intramusculares generalmente se aplican en los glúteos, el muslo, la cadera o en la parte superior del brazo. Si necesita administrarse las inyecciones con frecuencia, debe hacerlo en un lugar diferente del cuerpo cada vez. Esto le permite evitar cicatrices y problemas en la piel.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA INTRAMUSCULAR.



CONCEPTO

La inyección intramuscular es una técnica utilizada para administrar una medicación profundamente en el interior de los músculos. Esto permite que el medicamento sea absorbido rápidamente por el torrente sanguíneo por la bascularia que posee dicho tejido

OBJETIVO

Es liberar el fármaco en el núcleo carnoso de un músculo con una circulación eficiente de sangre que permita su rápida absorción.

PROCEDIMIENTO

Agarre el músculo en el área con los dedos pulgar e índice. Con firmeza, coloque la aguja en el músculo recto hacia arriba y abajo en un ángulo de 90 grados. Empuje el medicamento en el músculo

CAPACIDAD DE RECEPCIÓN DE LÍQUIDO EN MÚSCULO

Ventreo glútea: Hasta 5cc

Dorsoglútea: Hasta 100cc

Vasto lateral: Hasta 1cc en infante , Hasta 4cc en adulto

Deltoide: 0.5 cc en infante , 2cc en adulto

COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR

1. Lesión del nervio ciático en el caso de la inyección glútea
2. Lesión de la rama anterior del nervio radial en el caso de la inyección en el deltoides.
3. Induración local, eritema.
4. Hematomas por punción de vasos sanguíneos.
5. Fibrosis del tejido circundante por aplicaciones de medicamentos en repetidas ocasiones y en el mismo sitio.
6. Aparición de inflamación infecciosa en la zona de punción: En ocasiones debido a la falta de asepsia o manipulación higiénica de la jeringa durante la administración: Abscesos

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRAVENOSA



CONCEPTO

La administración de medicamentos por vía intravenosa se define como la instilación de sustancias líquidas directamente al torrente sanguíneo a través de una vena siendo esta de forma intermitente o continua. Es en comparación con las otras vías, la de mayor rapidez de absorción.

OBJETIVO DE LA TERAPIA INTRAVENOSA

- Para suministrar líquidos cuando los pacientes no pueden tomar líquidos por vía oral.
- Para proporcionar sales y otros electrolitos necesarios para mantener el desequilibrio electrolítico.
- Para proporcionar glucosa (dextrosa), el principal combustible para el metabolismo.

FORMAS DE ADMINISTRACIÓN

1. Administración intravenosa directa.
2. Administración intravenosa en perfusión intermitente.
3. Administración intravenosa en perfusión continua

MATERIALES:

- Jeringuillas de 3-5-10-20cc.
- Medicamento prescrito.
- Solución salina 100cc.

- Torundas de algodón secas.
- Alcohol en atomizador.
- Canasta de papel.
- Torniquete.
- Guantes.

PROCEDIMIENTO:

1. Lavado de manos y tener todos los materiales listos.
2. Explicación del procedimiento al paciente.
4. Preparación del medicamento.
5. Búsqueda de una vena en la fosa cubital: Aplicación de torniquete, apertura de la mano, golpecitos, calentar el área. Colocarse los guantes.
6. Insertar la aguja de la jeringuilla con el bisel hacia arriba y en 15 grados o menos. Halar el émbolo para observar el retorno de la sangre.
7. Una vez confirmado que está en vena, sostener con el dedo índice o pulgar de la mano no dominante la aguja e inyectar el medicamento lentamente con la mano dominante.
8. Si existen dudas de la permeabilidad de la punción se puede absorber más sangre para estar seguros, además se dice que la mezcla del medicamento con la sangre evita dolor.
9. Al terminarse la administración del medicamento, colocar una torunda con alcohol en el área de punción y retirar la aguja.
10. Solicitar al paciente que tenga flexionado el brazo por al menos 3 minutos. Retirar todos los materiales y lavarse las manos



VALORACIÓN DE LA SALUD EN EL ADULTO

Los principales medios que incluye una correcta valoración son la anamnesis, la exploración física y una serie de instrumentos más específicos denominados escalas de valoración que facilitan la detección y seguimiento de problemas, así como la comunicación entre los diferentes profesionales que atienden al mayor,



Las etapas de valoración de salud, se inician desde que el individuo se encuentra in útero, seguida del nacimiento, hasta su muerte. En cada etapa, la valoración de la salud comprende una serie de medidas específicas para prolongar periodos de vida en óptima actividad física, mental, espiritual y social

La observación se realiza a través de los órganos de los sentidos; la entrevista o interrogatorio es una comunicación planificada que tiene una finalidad, la exploración física es un método sistematizado que utiliza las técnicas de inspección, auscultación, palpación y percusión.

- Historia clínica de enfermería o anamnesis.
- Exploración física.
- Métodos complementarios o auxiliares diagnóstico

TIPOS DE BAÑOS EN EL PACIENTE

CONCEPTO

Baño en cama Definición: Es la limpieza del cuerpo con agua y jabón en la cama del usuario, cuando este está incapacitado para hacerlo por sí mismo o tiene indicación para guardar reposo.

Clasificación de baños:

BAÑO EN CAMA.



OBJETIVO:

- Proporcionar comodidad y bienestar físico al usuario(a) eliminando sustancias de desecho de la piel.
- Observar la integridad cutánea y otros signos físicos relacionados con la salud del usuario(a)
- Favorecer la circulación periférica y la ejercitación de músculos y articulaciones.

Orden se debe seguir para bañar a un paciente encamado

Ojos, cara, cuello y hombros, brazos, manos, axilas, tórax y mamas abdomen, piernas y pies, espalda y nalgas y por último la región genital.

PROCEDIMIENTO

- Traiga todos los elementos que va a necesitar al lado de la cama del paciente. Eleve la cama a una altura cómoda para evitar fatigarse la espalda.
- Explíquelo al paciente que usted le va a dar un baño de cama.
- Asegúrese de destapar únicamente la zona del cuerpo que va a lavar. Esto impedirá que el paciente se enfríe demasiado. También le brindará privacidad.
- Mientras el paciente esté acostado boca arriba, empiece lavándole la cabeza y avance hacia los pies. A continuación, voltee al paciente hacia un lado y lávele la espalda.

- Para lavar la piel del paciente, primero humidézcala y luego aplique suavemente una pequeña cantidad de jabón. Verifique con el paciente para constatar que la temperatura del agua está bien y que no esté frotándolo demasiado fuerte.
- Asegúrese de enjuagar todo el jabón y seque el área dando toquecitos, incluyendo los pliegues y las arrugas de la piel. Aplique loción antes de cubrir la zona.
- Traiga agua fresca y tibia al lado de la cama con un trapito limpio para lavar la zona íntima del paciente. Primero lave los genitales y luego avance hacia las nalgas, lavando siempre de adelante hacia atrás.

MATERIALES

¿Con qué materiales debemos contar?

- Una toalla grande.
- Dos toallas medianas.
- Dos esponjas.
- Jabón líquido.
- Dos palanganas con agua caliente.
- Gasas y torundas.
- Peine.
- Cepillo de uñas.
- Ropa limpia de la persona cuidada.
- Ropa limpia de la cama y salvacamás.

EN CAMA ASISTIDO



DEFINICIÓN:

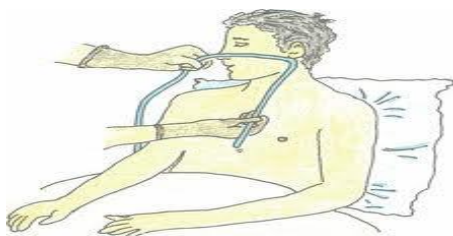
Es el baño que se le realiza al usuario(a) que, por su estado de salud, requiere la ayuda del personal de enfermería

OBJETIVOS:

Proporcionar comodidad y bienestar físico al usuario(a) eliminando sustancias de desecho de la piel.

Fortalecer en el usuario(a) la independencia funcional para que realice las actividades de la vida diaria.

SUCCIÓN GÁSTRICA.



DEFINICION

Es la introducción de una sonda por uno de los orificios nasales hasta la cavidad gástrica. La succión gástrica se utiliza para vaciar el contenido del estómago, para realizar un análisis o para extraer elementos irritantes tales como venenos, sustancias tóxicas y otros.

OBJETIVOS:

- Establecer un medio de drenaje por aspiración o gravedad para eliminar líquidos y/o gases del aparato digestivo.
- Administrar medicamentos y/o alimentos directos a la cavidad gástrica.
- Recolectar muestras del contenido gástrico con fines diagnósticos.
- Realizar lavado gástrico.
- Administrar alimentación enteral.
- Administrar medicamentos.

MATERIALES

Carrito. Guantes desechables, Cubierta protectora para el paciente, Recipiente para prótesis dentales, Equipo para la limpieza de las fosas nasales si es necesario, Sonda nasogástrica, Lubricante (ej. agua helada o jalea hidrosoluble) , Agua para dar sorbos, Jeringa para la punta del catéter, Papel tornasolado, Tiras o papel indicador de Ph, Recipiente para el líquido aspirado ,Recipiente para los materiales desechables utilizados, Cinta

hipoalérgica, Estetoscopio, Bomba de succión, Bolsa de drenaje o espita, Gráfica para balance de líquidos.



PROCEDIMIENTO

- Revisar el expediente de salud del usuario(a) y verificar la indicación médica.
- Realizar higiene de manos según procedimiento.
- Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del usuario(a).
- Verificar el funcionamiento del equipo de succión.
 - Regular la presión del aspirador entre 80 y 100 mmHg en forma intermitente.
- Identificar e informar al usuario(a) acerca del procedimiento.
- Si está indicado, rotular la muestra de jugo gástrico, con los datos del usuario(a).
- Permitir un ambiente de privacidad para el usuario(a).
- Asistir al usuario(a) a colocarse en posición semifowler según lo permita su condición.
- Colocar el campo cerrado o el paño alrededor del cuello y parte del tórax.
- Colocarse los guantes.

- Medir la longitud de la sonda que introducirá de la siguiente manera: La distancia que existe entre el punto de la nariz y el lóbulo de la oreja. Sumar la distancia que hay entre el lóbulo de la oreja y el apéndice xifoideas. Establecer hasta cuál marca de las que ya trae la sonda, debe introducir. Lubricar el extremo proximal de la sonda.
- Elegir la fosa nasal, e introducir la sonda nasogástrica hasta la marca que previamente había identificado.
 - Indicar al usuario(a) que degluta constantemente, y que respire en forma lenta y tranquila mientras introduce la sonda. (El usuario(a) puede saborear trozos de hielo, envueltos en gasa, si su condición lo permite).
- La posición de Fowler alta y la cabeza sujeta a la almohada, facilitan la introducción, ya que la gravedad contribuye al paso del tubo.
- Verificar que la sonda esté en el sitio correcto de la siguiente manera: Sumergir el extremo distal de la sonda en la copa o vaso con agua y comprobar que no produzca burbujas.
 - Aspirar contenido gástrico con la jeringa asepto.
 - Recoger la muestra de jugo gástrico con la jeringa asepto según indicación médica y verter en el recipiente rotulado para el efecto.
 - Fijar la sonda utilizando el sujetador para sonda nasogástrica.
 - Rotular la sonda nasogástrica con: fecha, hora y nombre de la persona de enfermería que realizó el procedimiento.
 - Adaptar la SNG al succionador, si se requiere.
 - Fijar la conexión del equipo de succión a la cama.
 - Observar que el usuario(a) quede cómodo y la unidad en orden.
 - Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.
 - Dar cuidado al equipo posteriormente.

RIESGOS RELACIONADOS CON DEL PROCEDIMIENTO:

- ♣ Falsa vía
- ♣ Broncoaspiración.
- ♣ Epistaxis
- ♣ Vómitos

LAVADO GENITAL

Es el lavado de los genitales externos y la región perineal.



DEFINICIÓN:

Es el lavado de los genitales externos y la región perineal.

OBJETIVOS:

Prevenir irritaciones e infecciones en la zona perineal.

Evitar infecciones, después de intervenciones quirúrgicas urogenitales.

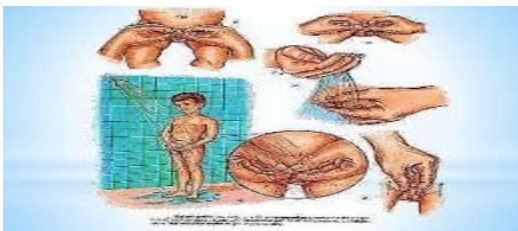
Fomentar hábitos de higiene.

LAVADO DE GENITAL FEMENINO



- Verter jabón líquido en el monte de Venus, los genitales y la cara anterior del muslo.
- Limpiar el monte de Venus con una torunda de algodón; hacer movimientos horizontales desde el monte de Venus hacia el ombligo. Descartar la torunda.
- Limpiar con otra torunda el labio mayor distal, desde el clítoris hacia el periné, con movimiento vertical en una sola dirección y luego descartar la torunda.
- Repetir el paso anterior, con el labio mayor proximal y los labios menores en la misma secuencia; utilizar una torunda cada vez y descartar.
- Deslizar otra torunda por el centro de la vulva con movimiento vertical y descartar.
- Lavar con otra torunda la región del muslo distal de adentro hacia fuera, con movimientos verticales haciendo énfasis en el pliegue inguinal y descartar.
 - Realizar el mismo procedimiento con el muslo proximal. Verter agua tibia sobre el monte de Venus y los genitales.
- Repetir los pasos anteriores a fin de eliminar el jabón. Secar las zonas lavadas con las torundas de algodón en la misma forma y secuencia que en las acciones anteriores.
- Colocar a la usuaria en posición de Sims (decúbito lateral izquierdo), limpiar y secar la zona perianal, desde la hendidura bulbar hasta el ano

LAVADO DE GENITAL MASCULINO



- Verter jabón líquido recomendado en el pubis, los genitales y la cara anterior del muslo incluyendo pliegue inguinal.
- Utilizar la pinza mota con torunda de algodón para esparcir el jabón en el pubis del ombligo a los genitales con movimientos horizontales. Descartar la torunda.
- Sujetar el pene con la mano no dominante y bajar el prepucio. Lavar con otra torunda el meato urinario hasta el cuello del glande en forma circular sin devolverse y descartar la torunda.
- Utilizar nueva torunda para lavar el cuerpo del pene del cuello del glande hasta la raíz del mismo y descartar.
 - Lavar el escroto en dos partes, distal y proximal; utilizar una torunda para cada uno y descartar.
- Lavar con nueva torunda la región del muslo distal, de adentro hacia fuera con movimiento vertical, haciendo énfasis en el pliegue inguinal y descartar.
- Realizar el mismo procedimiento con el muslo proximal.
- Verter agua tibia sobre los genitales y repetir los pasos anteriores a fin de eliminar el jabón.
- Secar zonas lavadas con las torundas de algodón en la misma secuencia.
- Colocar al usuario(a) en posición Sims (decúbito lateral izquierdo), lavar y secar la zona anal, incluyendo el surco interglúteo.

RIESGOS:

- ♣ Transmisión de infecciones por arrastre.

Trauma



ENEMAS



DEFINICION

Colocación de sonda rectal y enema evacuante.

OBJETIVOS:

- Prevenir irritaciones e infecciones en la zona perineal.
- Evitar infecciones, después de intervenciones quirúrgicas urogenitales. Fomentar hábitos de higiene.
- Proporcionar comodidad y bienestar.

ASEO PERINEAL FEMENINO

- Verter jabón líquido en el monte de Venus, los genitales y la cara anterior del muslo.
- Limpiar el monte de Venus con una torunda de algodón; hacer movimientos horizontales desde el monte de Venus hacia el ombligo. Descartar la torunda.
- Limpiar con otra torunda el labio mayor distal, desde el clítoris hacia el periné, con movimiento vertical en una sola dirección y luego descartar la torunda.
- Repetir el paso anterior, con el labio mayor proximal y los labios menores en la misma secuencia; utilizar una torunda cada vez y descartar.
- Deslizar otra torunda por el centro de la vulva con movimiento vertical y descartar.

- Lavar con otra torunda la región del muslo distal de adentro hacia fuera, con movimientos verticales haciendo énfasis en el pliegue inguinal y descartar.
- Realizar el mismo procedimiento con el muslo proximal. Verter agua tibia sobre el monte de Venus y los genitales.
- Repetir los pasos anteriores a fin de eliminar el jabón. Secar las zonas lavadas con las torundas de algodón en la misma forma y secuencia que en las acciones anteriores.
- Colocar a la usuaria en posición de Sims (decúbito lateral izquierdo), limpiar y secar la zona perianal, desde la hendidura bulbar hasta el ano.

ASEO GENITAL EN EL HOMBRE :

- Verter jabón líquido recomendado en el pubis, los genitales y la cara anterior del muslo incluyendo pliegue inguinal.
- Utilizar la pinza mota con torunda de algodón para esparcir el jabón en el pubis del ombligo a los genitales con movimientos horizontales. Descartar la torunda.
- Sujetar el pene con la mano no dominante y bajar el prepucio. Lavar con otra torunda el meato urinario hasta el cuello del glande en forma circular sin devolverse y descartar la torunda.
- Utilizar nueva torunda para lavar el cuerpo del pene del cuello del glande hasta la raíz del mismo y descartar.
- Lavar el escroto en dos partes, distal y proximal; utilizar una torunda para cada uno y descartar.
- Lavar con nueva torunda la región del muslo distal, de adentro hacia fuera con movimiento vertical, haciendo énfasis en el pliegue inguinal y descartar.
- Realizar el mismo procedimiento con el muslo proximal.
- Verter agua tibia sobre los genitales y repetir los pasos anteriores a fin de eliminar el jabón.
- Secar zonas lavadas con las torundas de algodón en la misma secuencia.

- Colocar al usuario(a) en posición Sims (decúbito lateral izquierdo), lavar y secar la zona anal, incluyendo el surco interglúteo.

RIESGOS:

- ♣ Dolor anal.
- ♣ Lesión intestinal
- ♣ Dolor abdominal
- ♣ Laceraciones.
- ♣ Contaminación.

MATERIAL

Preparación del material

- Guantes no estériles.
- Toalla.
- Bidet
- Paño de celulosa (tipo Cell-duck®). (Apositos)
- Protector de cama de celulosa.
- Bolsa de residuos blanca.
- Jabón neutro.



ENEMA DE RETENCIÓN

Definición: Es la introducción lenta por vía rectal de solución medicamentosa o diagnóstica para ser retenido o absorbido.

Objetivos: Administrar medicamentos para efectos locales o generales. Administrar sustancias con fines de diagnóstico.

ENEMA POR COLOSTOMÍA

Definición: Es el procedimiento por el cual se introduce líquido en el colon a través de la estoma intestinal. Objetivos. Administrar algún medicamento. Facilitar la limpieza intestinal.

Conclusión

Al haber concluido con esta información pudimos observar que una buena higiene de manos es fundamental para la atención sanitaria de buena calidad es por ello que es completamente necesario realizar el proceso de manera adecuada y tomando en cuenta los cinco momentos del lavado de manos, para así evitar todo tipo de infecciones y complicaciones en la salud tanto del personal y del paciente.

En la administración de medicamentos es de importancia mencionar que el personal de salud es el encargado de administrar y dosificar los medicamentos así mismo seguir el procedimiento de manera correcta y siguiendo las medidas y precauciones correctas para la buena práctica.

Bibliografía

[https://farma.facmed.unam.mx/practicas/%5B19-20%5D/03%20vias de admon 2019b/vas de administracin.htm](https://farma.facmed.unam.mx/practicas/%5B19-20%5D/03%20vias%20de%20admon%202019b/vas%20de%20administracin.htm)

<http://www.eneo.unam.mx/portaIENEO2020/posgrado/especialidades/>

<https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/biblioteca/2236072ed0eb2b212aacf2606bb6f62d.pdf>